

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: \_\_\_\_\_

## Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung der zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

<b>Allgemeine Hinweise</b>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>
<b>Leistungen</b>	01762 EBM, 01766 EBM, 01826 EBM, 19318 EBM
<b>Betriebsstätten</b>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<p><b>Voraussetzung für die Teilnahme an der präparatebezogenen Prüfung gemäß § 3:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt für Pathologie</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Nachweis</b> einer mindestens halbjährigen ganztägigen Tätigkeit <b>oder</b> einer vom Umfang her vergleichbaren maximal 2-jährigen berufsbegleitenden Tätigkeit in der zytologischen Diagnostik in einem zytologischen Labor, das den Anforderungen nach § 3 Abs. 2 entspricht mit der persönlichen Beurteilung von mindestens 5.000 Fällen aus der gyn. Exfoliativ-Zytologie, in denen mindestens 200 Fälle von Zervix-Karzinomen oder deren Vorstadien enthalten sein müssen. <b>-bitte beifügen-</b></p> <p><b>Anforderungen an die Fortbildungseinrichtung:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Im zytologischen Labor muss der anleitende Arzt die Voraussetzungen für die fachliche Befähigung zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix uteri erfüllen sowie mindestens 2 Jahre in der gynäkologisch-zytologischen Diagnostik tätig gewesen sein. <b>-bitte beifügen-</b></p>

<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<input type="checkbox"/>	Die Einrichtung muss über eine Lehrsammlung mit mindestens 200 Präparaten verfügen, in der eine repräsentative Auswahl von Präparaten enthalten ist, die negative, unklare und positive Zellbilder beinhaltet. <b>-bitte beifügen-</b>		
	<input type="checkbox"/>	In der Einrichtung müssen jährlich mindestens 12.000 Fälle beurteilt werden. Einrichtungen, die zytologische Präparate von gynäkologischen Fachabteilungen zur Beurteilung erhalten, sind geeignet, wenn sie mindestens 6.000 Fälle im Jahr befunden, die einen hohen Anteil histologisch abklärungsbedürftiger Befunde aufweisen. <b>-bitte beifügen-</b>		
	<b>Fachliche Befähigung der Präparatebefunder gemäß § 4 der QS-Vereinbarung:</b>			
	<input type="checkbox"/>	Erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als „Zytologisch tätiger Assistent an Fachschulen für ZTA. <b>-bitte beifügen-</b>		
	<input type="checkbox"/>	Erfolgreich abgeschlossene staatliche Prüfung als „Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent an einer staatlich anerkannten Lehreinrichtung mit einer anschließenden ganztägigen einjährigen praktischen Tätigkeit in einer Laboreinrichtung der Zervix-Zytologie. In dieser Zeit müssen mindestens 3.000 Fälle der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie selbständig vorgemustert sein. <b>-bitte beifügen-</b>		
	Die vorgelegten Zeugnisse müssen Angaben gemäß § 4 Abs. 2 der Vereinbarung enthalten.		ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<b>Räumliche und apparative Voraussetzungen</b>	<b>Mikroskopierraum gemäß § 5</b>			
	<input type="checkbox"/>	▪ binokulares Mikroskop mit Objektiven 10x und 40x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	▪ entsprechende Okulare 10x und 12x	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	▪ Diskussionsmikroskop oder vergleichbare Einrichtung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>Zytologischer Arbeitsplatz mit Mindestausstattung</b>			
	<input type="checkbox"/>	▪ Annahmebereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	▪ Färberaum oder -bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	▪ Mikroskopierraum oder -bereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	▪ Archivbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	▪ Lagerbereich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	▪ Färberaum oder -bereich vom übrigen Labor getrennt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Durchführung von zytologischen Untersuchungen</b>	<b>Präparatebefundung gemäß § 6</b>			
	<input type="checkbox"/>	▪ Die Präparatebefundung erfolgt in den Räumen der zytologischen Einrichtung an einem zytologischen Arbeitsplatz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	▪ Die Präparatebefundung wird vom zytologisch verantwortlichen Arzt persönlich durchgeführt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	▪ Vom zytologisch verantwortlichen Arzt an Präparatebefunder delegiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	▪ Grundsätzliche Anwesenheit des zytologisch verantwortlichen Arztes am Ort der Leistungserbringung ist gewährleistet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	▪ Am Mikroskop arbeitende (Präparate-)Befunder dürfen durchschnittlich pro Arbeitsstunde nicht mehr als 10 Präparate befunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Durchführung von zytologischen Untersuchungen</b>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	<b>Liste für die namentliche Aufstellung der Präparatebefunder gemäß § 4 Abs. 2 -bitte beifügen-</b>  <b>Erklärung</b>  Ich erkläre hiermit, dass die Auflagen der §§ 8 bis 10 erfüllt werden und ich damit einverstanden bin, dass die Qualitätssicherungskommission zur Durchführung ihrer Aufgaben von der KVSH beauftragt werden kann, die Ausstattung meiner/unserer Zytologie-Einrichtung gemäß §§ 4 bis 9 zu überprüfen.
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.	
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>▪ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>Zustimmung</b>	Ich bestätige, die Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie zur Kenntnis genommen zu haben.	<input type="checkbox"/>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:**

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bei MVZ oder Praxis  
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

\_\_\_\_\_  
Unterschrift bei GmbH  
Geschäftsführer des MVZ

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
ausführender, angestellter Arzt