

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

▶ ▶ **Indikation** (Bitte angeben): _____

Anlage 4 Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie gem. § 135 Abs. 2 SGB V

Name: _____

Facharzt für _____

1. Fachliche Anforderungen

Facharztbezeichnung „Innere Medizin“ mit der Berechtigung zum Führen der Schwerpunktbezeichnung „Gastroenterologie“	Nachweise beigefügt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
und	
Ich versichere, dass die Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 200 Koloskopien und 50 Polypektomien von mir selbständig vorgenommen wurden (§ 4 Abs. 1 QSV).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

oder

Facharztbezeichnung „Kinder- und Jugendmedizin“ mit der Zusatz-Weiterbildung „Kinder-Gastroenterologie“ oder mit einer zusätzlich zu den Weiterbildungszeiten des Facharztes abgeleiteten mindestens 18-monatigen Weiterbildung an einer weiterbildungsbefugten Ausbildungsstätte im Bereich der Kinder-Gastroenterologie	Nachweise beigefügt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
und	
Ich versichere, dass die Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 100 Koloskopien (§ 4 Abs. 1 QSV).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

oder

Facharztbezeichnung „Viszeralchirurgie“ mit der Berechtigung zur Durchführung von Koloskopien	Nachweise beigefügt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
und	
Ich versichere, dass die Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 200 Koloskopien und 50 Polypektomien von mir selbständig vorgenommen wurden (§ 4 Abs. 1 QSV).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

für das Land Brandenburg

oder

Facharzt, der die Weiterbildung gemäß einer Weiterbildungsordnung auf der Grundlage einer früheren (Muster-) Weiterbildungsordnung (vor 2003) absolviert hat und nach diesem für ihn maßgeblichen Weiterbildungsrecht zur Durchführung von Koloskopien berechtigt ist (Nachweis durch Weiterbildungszeugnis)	Nachweise beigefügt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
und	
Ich versichere, dass die Indikationsstellung, Durchführung und Befundung von 200 Koloskopien und 50 Polypektomien von mir selbständig vorgenommen wurden (§ 4 Abs. 1 QSV).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

2. Apparative Ausstattung

Ich versichere, dass die Anforderungen an die apparative Ausstattung erfüllt sind (§ 5 Abs. 1 und 2 QSV).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

3. Maßnahmen zur Überprüfung der Hygienequalität

Ich erkläre mich bereit, die Überprüfung der Hygienequalität durch ein anerkanntes Hygieneinstitut kostenpflichtig durchführen zu lassen (§ 7 QSV).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Ort, Datum

Titel, Vorname, Name
(in Druckschrift)

Unterschrift