

**KVBB**Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung und Sicherstellung

A N T R A G
auf Genehmigung zur Durchführung der Abklärungskolposkopie

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:☐ Eigener Niederlassung☐ Ermächtigter Arzt☐ Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ☐ Angestellter Arzt in einer Arztpraxis

bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Betriebs- /Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf.
Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Betriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift

1. _____

(Adresse)

2. _____

(Adresse)

II. Fachliche Voraussetzungen gemäß § 3 der Vereinbarung

1. Berechtigung zum Führen der FA-Bezeichnung im Gebiet:
Frauenheilkunde und Geburtshilfe

☐

2. Teilnahme an einem Basiskolposkopiekurs mit einem Umfang von 8 Stunden sowie
einem Fortgeschrittenenkurs mit 14 Stunden Umfang

☐**oder**

Nachweis einer in Umfang und Inhalt gleichwertigen Qualifikation

☐

3. Nachweis von mind. 100 Kolposkopen mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva, davon 30 histologisch gesicherte Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome ☐
oder

Nachweis klinischer Tätigkeit in der kolposkopischen Diagnostik über mind. 160 Stunden an 20 Arbeitstagen in einer entsprechend spezialisierten Einrichtung in den letzten 24 Monaten ☐

4. Nachweis von Kenntnissen operativer Verfahren bei vulvaren, vaginalen und zervikalen Veränderungen ☐

Hinweise:

- Bei Vorlage eines Kolposkopiediploms der AG CPC gelten die Voraussetzungen 2. und 4. als erfüllt.
- Für Dysplasiesprechstunden und Dysplasieeinheiten gelten die Voraussetzungen 1. bis 4. durch die Vorlage eines gültigen Zertifikats als erfüllt.

➡ **Bitte legen Sie die entsprechenden Nachweise/Bescheinigungen den Antrag in Kopie bei.**

III. Apparative und räumliche Voraussetzungen gemäß § 4 der Vereinbarung

1. Vorhandensein eines Kolposkops mit mindestens zwei Vergrößerungsstufen zwischen 7-fach und 15-fach sowie einer Lichtquelle ☐
2. Die Angaben zum verwendeten Kolposkop sind mittels eines **Gerätenachweisbogens** durch Unterschrift und Stempel zu bestätigt (s. Anlage). ☐
3. Vorhandensein eines gynäkologischen Stuhls ☐

IV. Organisatorische Voraussetzungen gemäß § 5 der Vereinbarung

Ich kooperiere mit der auf die Behandlung von Gebärmutterhalskrebs spezialisierten Einrichtung:

V. Erklärung gemäß § 8 der Vereinbarung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die KVBB die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann, die Erfüllung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen dieser Vereinbarung entsprechen.

VI. Abrechnungsgenehmigung durch eine KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV _____ am _____ erhalten. Eine Durchschrift / Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Datum

Unterschrift des Antragstellers

(Bei Anstellung: Ärztlicher Leiter der Einrichtung/ MVZ bzw. Praxisinhaber)

Unterschrift angestellter Arzt

im Falle der Anstellung

Hinweis: Die beantragten Leistungen dürfen **erst mit erteilter Genehmigung** abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit, also rückwirkend, erteilt werden. Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: qs@kvbb.de