



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-307
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-1@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen der zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri (Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie)

Antragsteller	Leistungserbringer
_____	_____
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z. B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<input type="text"/>
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> üBAG
	_____ Name des Krankenhauses

Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail: _____



Leistung

- Zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri
GOP 01762 EBM - im Primärscreening
gemäß Teil III C § 6 der Richtlinie für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)
GOP 01766 EBM - in der Abklärungsdiagnostik
gemäß Teil III C § 7 der oKFE-RL
GOP 01826 EBM - im Rahmen der Empfängnisregelung
GOP 19318 EBM - kurative Untersuchung

Leistungsort

- Betriebsstätte

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum

- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

- Bescheid der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigelegt

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse



Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise des zytologieverantwortlichen Arztes gemäß § 3 QS-Vereinbarung

- Facharzturkunde für Pathologie **oder**
- Facharzturkunde für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
- Nachweis einer mindestens halbjährigen ganztägigen Tätigkeit oder einer vom Umfang her vergleichbaren, maximal zweijährigen berufsbegleitenden Tätigkeit in der zytologischen Diagnostik in einem zytologischen Labor, die den Anforderungen nach § 3 Abs. 2 entspricht, mit der persönlichen Beurteilung von mindestens 5000 Fällen aus der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie, in denen - ggf. unter Einbeziehung einer Lehrsammlung - mindestens 200 Fälle von Zervix-Karzinomen oder deren Vorstadien enthalten sein müssen.
- Erfolgreiche Teilnahme an der Präparateprüfung nach Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie /Die Prüfung erfolgt innerhalb von 6 Monaten nach Antragstellung und wird von der Qualitätssicherungskommission durchgeführt **oder**

Als Ersatz für die vorgesehene Präparateprüfung nach Anlage 1 können beiliegende Nachweise gemäß § 13 Abs. 4 anerkannt werden:

- Zertifikatsprüfung der Deutschen Gesellschaft für Zytologie (ausgestellt nach dem 01.03.1974) **oder**
- Nachweis über eine gleichwertige präparatebezogene Prüfung im Rahmen der Weiterbildungsprüfung für die Gebiete „Gynäkologie“ oder „Pathologie“ (Prüfungsprotokoll)

oder

- Fellowship of the International Academy of Cytology (FIAC)“ erworben im Jahre: _____
- eine im Rahmen der Facharztprüfung abgelegte gleichwertige präparatebezogene Prüfung in Zytologie an der Akademie für ärztliche Fortbildung in der ehemaligen DDR (Prüfungsprotokoll)

Nachweis der fachlichen Befähigung Präparatebefunder gemäß § 4 QS-Vereinbarung

Nachname, Name	Zytologisch tätiger Assistent	Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent*
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- *Nachweis einer anschließenden ganztägigen einjährigen praktischen Tätigkeit in einer Laboreinrichtung der Zervix-Zytologie. In dieser Zeit müssen mindestens 3000 Fälle der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie selbständig vorgemustert worden sein.

**Bestätigung der Einhaltung der räumlichen und apparativen Voraussetzungen gemäß
§ 5 QS-Vereinbarung**

- Die Zytologie-Einrichtung verfügt über einen zytologischen Arbeitsplatz mit folgender Mindestausstattung
 - Annahmebereich
 - Färberaum oder -bereich
 - Mikroskopieraum oder -bereich
 - Archivbereich
 - Lagerbereich

- Der Färberaum oder -bereich vom übrigen Laborbereich ist räumlich getrennt. Die geltenden Vorschriften zum Umgang mit Gefahrenstoffen bzw. Arbeitsschutzvorschriften werden eingehalten. Im Mikroskopieraum oder -bereich befindet sich ein binokulares Mikroskop mit einer Mindestausstattung mit 10x- oder 40x-Objektiven sowie den entsprechenden 10x- und 12x-Okularen. Zum Zwecke der internen Fortbildung ist ein Diskussionsmikroskop oder eine vergleichbare Einrichtung im Labor vorhanden.

VERPFLICHTUNGEN UND HINWEISE

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf die QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie:

- Präparatebefundung (§ 6),
- Stichprobenprüfungen der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation (§ 7),
- Erstellung einer Jahresstatistik (§ 8),
- regelmäßige Teilnahme an themenbezogenen Fortbildungen von 40 Stunden Dauer innerhalb von zwei Kalenderjahren (§ 9),
- Regelungen der internen Praxisorganisation (§ 10).

Es wird sich verpflichtet, die in den §§ 5 bis 10 QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie festgelegten Anforderungen dauerhaft zu erfüllen.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung oder Erweiterung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.



Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage des Artikels 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. § 135 Abs. 2 SGB V und der QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin die räumlichen und apparativen Gegebenheiten in der Praxis/Einrichtung daraufhin überprüfen kann, ob sie den Bestimmungen der QS-Vereinbarung Zervix-Zytologie entsprechen, wird erklärt.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller