



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 19327 EBM – kurative Untersuchung

Leistungsort

Betriebsstätte

Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

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

Adresse

Ausgelagerter Praxisraum

Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt

Bescheid der Abteilung Arztregisters/Bedarfsplanung ist beigefügt

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 vg. QS-Vereinbarung
Hinweis: 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 Jahr _____
 - 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
 - Mikroskopierraum 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 Mikroskopierraum 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.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen der zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri 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 von Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstaben c, e Datenschutz-Grundverordnung, i. V. m. der Qualitätssicherungsvereinbarung 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)



BERLIN

Besser. Gemeinsam. Wirken.

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

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.

Das Einverständnis darüber, dass die zuständige Kommission im Auftrag der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin nach vorheriger Anmeldung eine Praxisbegehung vornehmen kann, um das Vorliegen der Genehmigungsvoraussetzungen zu prüfen, wird erklärt. **Die Genehmigung wird nur erteilt, wenn der Arzt in seinem Antrag sein Einverständnis zur Durchführung einer solchen Überprüfung erklärt, gemäß § 11 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie.**

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller