

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

ANLAGE 1 zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Abklärungskolposkopie gemäß Teil III. D § 8 Abs. 4 - 6 der oKFE-Richtlinie des G-BA (gemäß Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Abklärungskolposkopie (Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie))

Bitte vollständig ausgefüllt mit allen geforderten Nachweisen den Antragsunterlagen beifügen!

Für die Durchführung der beantragten Abklärungskolposkopie wird das folgende Gerät eingesetzt:

Hersteller/Firma:
(Adresse)

.....
.....
.....
.....

Kolposkop-Bezeichnung:
(vollständige Herstellerangaben)

.....
.....

Baujahr:

Vergrößerungsstufen/Vergrößerungen:

.....

Apparative und räumliche Ausstattung gem. § 4 QSV Abklärungskolposkopie

Abklärungskolposkopien dürfen nach § 4 Abs. 1 und 2 der Vereinbarung nur mit Kolposkopen durchgeführt werden, die über mindestens zwei Vergrößerungsstufen zwischen 7- und 15-fach sowie über eine Lichtquelle verfügen. Weiterhin müssen die analogen Geräte eine direkte binokulare Befundung/Beurteilung ermöglichen.

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Analoges Gerät

- Binokulare Befundung/Beurteilung ohne Aufzeichnungsmöglichkeit

2. Analoges-Digitales-Kombisystem

- Binokulare Befundung/Beurteilung mit Aufzeichnungsmöglichkeit (digitales Foto- oder Videokolposkop)

3. Digitales Gerät

- Keine binokulare Befundung/Beurteilung (Videokolposkop) möglich
- Befundung/Beurteilung via Monitor mit digitaler Aufzeichnungsmöglichkeit

Erklärung

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes