

Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz
Abteilung Qualitätssicherung
Isaac-Fulda-Allee 14, 55124 Mainz

E-Mail: genehmigung@kv-rlp.de

Fax: 06131 326-327

Erklärung zum persönlichen Einzelnachweis

gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie über mindestens 100 Kolposkopien mit abnormen Befunden von Portio, Vagina und Vulva und davon mindestens 30 histologisch gesicherte Fälle intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome in den letzten 12 Monaten.

Hiermit bestätige ich, dass ich o. g. Untersuchungen selbstständig durchgeführt habe.

Ich bin einverstanden, dass im Einzelfall Einsicht durch die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz in die entsprechende Befunddokumentation genommen werden kann. Auf Anforderung der KV RLP werde ich eine entsprechende Patientenliste zur Verfügung stellen.

Titel, Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Lebenslange Arztnummer: _____

Gebietsbezeichnung: _____

Betriebsstättennummer: _____

Datum

Unterschrift