

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/599763](http://www.kv-rlp.de/599763)

## Abklärungskolposkopie Angaben zum eingesetzten Kolposkop

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

Herstellerfirma:

---

---

---

(Adresse)

Kolposkop-  
Bezeichnung:

---

(Vollständige Herstellerangaben)

Seriennummer:

---

Baujahr:

---

Vergrößerungsstufen/

Vergrößerungen:

---

Zutreffendes bitte ankreuzen

- |   | erfüllt                  |
|---|--------------------------|
| <b>1. Analoges Gerät</b>  |                          |
| - Binokulare Befundung/Beurteilung ohne Aufzeichnungsmöglichkeit  | <input type="checkbox"/> |
| <b>2. Analoges-Digitales-Kombisystem</b>  |                          |
| - Binokulare Befundung/Beurteilung mit Aufzeichnungsmöglichkeit (digitales Foto- oder Videokolposkop)                             | <input type="checkbox"/> |
| <b>3. Digitales Gerät</b>   |                          |
| - Keine binokulare Befundung/Beurteilung (Videokolposkop) möglich   | <input type="checkbox"/> |
| - Befundung/Beurteilung via Monitor mit digitaler Aufzeichnungsmöglichkeit  | <input type="checkbox"/> |
| - Nachweis bzw. Produktinformation (technisches Datenblatt) vom Hersteller/Vertreiber über die Ausstattungsmerkmale ist beigefügt | <input type="checkbox"/> |
| - Pseudonymisierte Bilddatei und nach Möglichkeit ein geeigneter Bildausdruck eines abnormen Befundes ist beigefügt               | <input type="checkbox"/> |

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der  
abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ,  
Institut)