

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

[www.kv-rlp.de/163613](http://www.kv-rlp.de/163613)

## ANTRAG

### zur Ausführung und Abrechnung von zytologischen Untersuchungen

Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

#### I. Angaben zum Leistungserbringer

.....  
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....  
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit: .....

LANR (falls bekannt) .....

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Leistungsumfang / Ort der Leistungserbringung

GOP 01762 EBM	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C. § 6 oKFE-RL
GOP 01766 EBM	Zytologische Untersuchung gemäß Teil III. C § 7 oKFE-RL
GOP 01826 EBM	Zytologische Untersuchung im Rahmen der Empfängnisregelung
GOP 19327 EBM	Zytologische Untersuchung eines oder mehrerer Abstriche der Portio / Zervix

Die zytologischen Untersuchungen werden durchgeführt:

- In folgender Betriebsstätte/Nebenbetriebsstätte:

.....  
(Straße und Ort angeben)

.....  
(Straße und Ort angeben)

## III. Fachliche Befähigung des zytologieverantwortlichen Arztes

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung von zytologischen Untersuchungen wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

- ja (bitte Bescheid beifügen)  nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

- ja  nein

### III.1 Ich bin zur Führung einer der nachfolgend aufgeführten Facharztbezeichnungen berechtigt:

- Facharzt für Pathologie

und

- Ich habe bereits erfolgreich an einer Präparate-Prüfung nach Anlage 1 der Zytologie-Vereinbarung teilgenommen und füge das entsprechende Zertifikat bei.

Oder

- Ich möchte an einer Präparate-Prüfung teilnehmen.

**Bitte die entsprechenden Zeugnisse/Bescheinigungen einreichen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen!**

oder

- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

und

- Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung "Gynäkologische Exfoliativ-Zytologie".

oder

- Ich führe den Nachweis einer mindestens halbjährigen ganztägigen Tätigkeit oder einer vom Umfang her vergleichbaren maximal zweijährigen berufsbegleitender Tätigkeit in der zytologischen Diagnostik in einem zytologischen Labor (Anforderungen an das Labor siehe Anhang).

und

- habe persönlich die Beurteilung von mindestens 5000 Fällen aus der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie vorgenommen, in denen, ggf. unter Einbeziehung einer Lehrsammlung, mindestens 200 Fälle von Zervixkarzinomen oder deren Vorstadien enthalten waren. Davon waren 20 Fälle unter Anwendung immunzytochemischer Sonderverfahren enthalten.

Name der zytologischen Lehr-Einrichtung: \_\_\_\_\_

Anzahl der persönlich beurteilten Fälle: \_\_\_\_\_

und

- Ich habe bereits erfolgreich an einer Präparate-Prüfung nach Anlage 1 der Zytologie-Vereinbarung teilgenommen und füge das entsprechende Zertifikat bei.

oder

- Ich möchte an einer Präparate-Prüfung teilnehmen.

**Bitte die entsprechenden Zeugnisse/Bescheinigungen einreichen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegen!**

#### **IV. Personelle Anforderungen der Präparatebefunder**

- Ich beschäftige qualifiziertes Personal mit Nachweis entsprechend § 4.

Folgende Mitarbeiter/-innen sind beschäftigt und erfüllen die Anforderungen:

Name	Anzahl der wöchentlichen Arbeitsstunden

**Bitte fügen Sie die entsprechenden Zeugnisse/Bescheinigungen bei.**

- Ich beschäftige **keine** Präparatebefunder/-innen.

#### **V. Anforderung an die Zytologie-Einrichtung**

Die Ausführung und Abrechnung von Untersuchungen der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie ist nur zulässig, wenn die Anforderungen über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV)) erfüllt sind und:

- Ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagementsystem vorgehalten wird.
- Die Verfahren und Analysen zur zytologischen und immunzytochemischen Untersuchung einer kontinuierlichen internen Qualitätssicherung unterliegen.

## **VI. Apparative Ausstattung**

Für die zytologischen und immunzytochemischen Untersuchungen ist ein binokulares Mikroskop mit einer Mindestausstattung mit 10x und 40x Objektiven sowie den entsprechenden 10x und 12x Okularen vorhanden.

Zum Zwecke der internen Fortbildung ist ein Diskussionsmikroskop oder eine vergleichbare Einrichtung im Labor vorhanden.

## **VII. Erklärung gemäß Zytologie-Vereinbarung**

- Ich/wir verpflichte/n mich/uns zur Durchführung der Präparatebefundung entsprechend § 6.
- Ich/wir verpflichte/n mich/uns zur Teilnahme an der nach § 7 geforderten Überprüfung der Präparatequalität und der ärztlichen Dokumentation.
- Ich/wir verpflichte/n mich/uns zur Fortbildung entsprechend § 9.
- Ich/wir verpflichte/n mich/uns, nach § 8 eine Jahresstatistik zu erstellen und diese in elektronischer Form jeweils bis zum 31. August des Folgejahres bei der KV RLP einzureichen.
- Ich/wir verpflichte/n mich/uns zur internen Praxisorganisation gemäß § 10.
- Ich/wir erkläre/n mein/unser Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der Zytologie-Einrichtung durch eine Qualitätssicherungs-Kommission entsprechend § 11.

## **VIII. Allgemeines**

- Zytologische Untersuchungen von Abstrichen der Cervix uteri dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn hierfür die erforderliche Genehmigung durch die KV RLP erteilt wurde.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

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