
PERSÖNLICHER EINZELNACHWEIS

gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3 der QS-Vereinbarung 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 für

Name, Vorname

Gebietsbezeichnung

Lebenslange Arztnummer (LANR)

Hiermit bestätige ich, dass ich die nachfolgenden Untersuchungen selbstständig durchgeführt habe. Ich bin einverstanden, dass im Einzelfall Einsicht durch die Kassenärztliche Vereinigung in die pseudonymisierte Befunddokumentation genommen werden kann.

Datum / Unterschrift

Arztstempel

ZEITRAUM:

LFD. NR.	PATIENTEN-ID AUS DEM PVS	DATUM DER KOLPOSKOPIE	DIAGNOSEN	ZYTOLOGIE	HPV BEFUND (positiv/negativ) ggf. Nr. (ERFORDERLICH BEI KLEINER PAP II-P)	HISTOLOGISCH GESICHERTER BEFUND
<i>Bsp. 1</i>	<i>123456789</i>	<i>TT.MM.JJJJ</i>	<i>Dysplasie-Zervix</i>	<i>Gruppe IVb-p</i>	<i>negative, high risk</i>	<i>LSIL (CIN I)</i>
<i>Bsp. 2</i>	<i>234567891</i>	<i>TT.MM.JJJJ</i>	<i>Dysplasie-Vagina</i>	<i>VAIN</i>		<i>VAIN II</i>
<i>Bsp. 3</i>	<i>345678912</i>	<i>TT.MM.JJJJ</i>	<i>Dysplasie-Zervix</i>	<i>PAP I</i>	<i>positiv, 16...</i>	<i>benigne</i>
<i>Bsp. 4</i>	<i>456789123</i>	<i>TT.MM.JJJJ</i>	<i>Lichen</i>	<i>Lichen</i>		<i>Vulvitis</i>
<i>Bsp. 5</i>	<i>567891234</i>	<i>TT.MM.JJJJ</i>	<i>VAIN I. Grades</i>	<i>PAP IIID1</i>		<i>VAIN I</i>
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						

ZEITRAUM:

LFD. NR.	PATIENTEN-ID AUS DEM PVS	DATUM DER KOLPOSKOPIE	DIAGNOSEN	ZYTOLOGIE	HPV BEFUND (positiv/negativ) ggf. Nr. (ERFORDERLICH BEI KLEINER PAP II-P)	HISTOLOGISCH GESICHERTER BEFUND
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						

ZEITRAUM:

LFD. NR.	PATIENTEN-ID AUS DEM PVS	DATUM DER KOLPOSKOPIE	DIAGNOSEN	ZYTOLOGIE	HPV BEFUND (positiv/negativ) ggf. Nr. (ERFORDERLICH BEI KLEINER PAP II-P)	HISTOLOGISCH GESICHERTER BEFUND
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						

ZEITRAUM:

LFD. NR.	PATIENTEN-ID AUS DEM PVS	DATUM DER KOLPOSKOPIE	DIAGNOSEN	ZYTOLOGIE	HPV BEFUND (positiv/negativ) ggf. Nr. (ERFORDERLICH BEI KLEINER PAP II-P)	HISTOLOGISCH GESICHERTER BEFUND
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						

ZEITRAUM:

LFD. NR.	PATIENTEN-ID AUS DEM PVS	DATUM DER KOLPOSKOPIE	DIAGNOSEN	ZYTOLOGIE	HPV BEFUND (positiv/negativ) ggf. Nr. (ERFORDERLICH BEI KLEINER PAP II-P)	HISTOLOGISCH GESICHERTER BEFUND
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						

ZEITRAUM:

LFD. NR.	PATIENTEN-ID AUS DEM PVS	DATUM DER KOLPOSKOPIE	DIAGNOSEN	ZYTOLOGIE	HPV BEFUND (positiv/negativ) ggf. Nr. (ERFORDERLICH BEI KLEINER PAP II-P)	HISTOLOGISCH GESICHERTER BEFUND
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						