

Erweiterter Landesausschuss
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Geschäftsstelle
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Arzt-/Krankenhausstempel

Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von Zervix-zytologischen Leistungen im Rahmen der ASV Tumorgruppe 2 – gynäkologische Tumore

Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 1.1
a) Tumorgruppe 2: gynäkologische Tumore.
ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.
Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.
Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet.

Die Anzeige erfolgt für:

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

- ja nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

Angabe der Anschrift; Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

- Zytologische Untersuchung eines Materials (GOP 19318 EBM)

Qualifikation

- Ich bin Facharzt für Pathologie.

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

weitere Qualifikationsnachweise

- ➔ Nachweis über eine mindestens 6-monatige Tätigkeit in der zytologischen Diagnostik in einem zytologischen Labo
- ➔ Nachweis über die persönlichen Befundung von mindestens 5000 Fällen der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie, davon mindestens 200 Fälle von Zervix-Karzinomen

Hinweis: Die Teilnahme an einer Präparateprüfung gemäß Anlage 1 der Zervix-Zytologie-Vereinbarung ist obligat

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

Ärztliches und nichtärztliches Personal für die Präparatebefundung

Die Zeugnisse oder Nachweise über die Qualifikation der Präparatebefunder sind dem Antrag beigelegt:

| | |
|------|--------------------------------|
| Name | Qualifikation (ZTA oder MTA-L) |
|------|--------------------------------|

| | |
|------|--------------------------------|
| Name | Qualifikation (ZTA oder MTA-L) |
|------|--------------------------------|

| | |
|------|--------------------------------|
| Name | Qualifikation (ZTA oder MTA-L) |
|------|--------------------------------|

Anforderungen an die räumliche und apparative Ausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die räumliche und apparative Ausstattung erfüllt sind:

- ➔ Die Ausstattung der zytologischen Arbeitsplätze entspricht den Vorgaben des § 5 vollumfänglich.
Insgesamt habe ich _____ zytologische Arbeitsplätze eingerichtet.

Organisatorische Anforderungen

Ich verpflichte mich, die folgenden organisatorischen Anforderungen zu erfüllen:

- ➔ Die Präparatebefundung erfolgt nach den Vorgaben des § 6.
- ➔ Die in § 10 genannten Maßnahmen zur internen Praxisorganisation werden durchgeführt und beibehalten.
- ➔ Jeder Präparatebefunder befundet durchschnittlich nicht mehr als 10 Präparate pro Stunde.
- ➔ Die Arbeitszeiten der/des Präparatebefunder(s) sind der KV Hamburg mitzuteilen.
- ➔ Die Präparatebefundung erfolgt ausschließlich nach der "Münchener Nomenklatur II".

Rechtlicher Hintergrund

Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Zervix Uteri
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift Teammitglied