

Persönlicher Einzelnachweis von: _____

LANR: _____

Auflage zur Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung gemäß § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie

Nachweis von 30 histologisch gesicherten Fällen intraepithelialer Neoplasien oder invasiver Karzinome ausschließlich von Abklärungskolposkopien der Zervix uteri für den Zeitraum _____

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

Lfd. Nr.	Patienten-ID	Vorstellungsgrund	Datum der Kolposkopie	Diagnose der Kolposkopie	T-Zone	Anzahl Biopsien	Histologisch gesicherter Befund
-	-	PAP (Gr.) & HPV-Status	TT.MM.JJJJ	keine CIN, CIN I, CIN II, CIN III	T1, T2, T3	1, 2, 3 ... / ECC	CIN I, CIN II, CIN III, Karzinom
Bsp.	23115	PAP I, HPV pos.	19.01.2022	keine CIN	T3	ECC	CIN I
Bsp.	13558	PAP IIID2, HPV 16	20.05.2022	CIN III	T1	1	CIN III
Bsp.	20001	PAP IIID2, HPV unbekannt	21.11.2022	CIN II	T2	1	CIN II
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							

Lfd. Nr.	Patienten-ID	Vorstellungsgrund	Datum der Kolposkopie	Diagnose der Kolposkopie	T-Zone	Anzahl Biopsien	Histologisch gesicherter Befund
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

Datum, Unterschrift