



PERSÖNLICHER EINZELNACHWEIS von _____ LANR: _____

gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3 Qualitätssicherungsvereinbarung 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

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 aus PVS	Datum der Kolposkopie	Kolposkopische Diagnosen	Zytologie	Histologisch gesicherter Befund
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

Anlage zum Antrag nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie

Lfd. Nr.	Patienten-ID aus PVS	Datum der Kolposkopie	Diagnosen	Zytologie	Histologisch gesicherter Befund
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					

Anlage zum Antrag nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie

Lfd. Nr.	Patienten-ID aus PVS	Datum der Kolposkopie	Diagnosen	Zytologie	Histologisch gesicherter Befund
43					
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					

Anlage zum Antrag nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie

Lfd. Nr.	Patienten-ID aus PVS	Datum der Kolposkopie	Diagnosen	Zytologie	Histologisch gesicherter Befund
67					
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					

Anlage zum Antrag nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Abklärungskolposkopie

Lfd. Nr.	Patienten-ID aus PVS	Datum der Kolposkopie	Diagnosen	Zytologie	Histologisch gesicherter Befund
91					
92					
93					
94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					

Datum, Unterschrift