

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

E-Mail: qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de

Anlage Gerät

zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der
Abklärungskolposkopie

Nutzer des Gerätes:

_____	_____	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Titel	Vorname	Nachname	LANR (Arzt-Nr.)																					
_____			<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																					
Name der Einrichtung			BSNR (Betriebsstätten-Nr.)																					

Standort des Gerätes:

Anschrift Arztpraxis bzw. Nebenbetriebsstätte

_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort

Für die Durchführung der beantragten Abklärungskolposkopie wird folgendes Gerät eingesetzt:

Herstellerfirma:

Name des Herstellers		
_____	_____	_____
Straße	PLZ	Ort

Gerätebezeichnung

Baujahr

Vergrößerungen

Angaben zum Gerät:

	erfüllt
Analoges Gerät	
Binokulare Befundung/Beurteilung ohne Aufzeichnungsmöglichkeit	<input type="checkbox"/>
Analoges-Digitales-Kombigerät	
Binokulare Befundung/Beurteilung mit Aufzeichnungsmöglichkeit (digitales Foto oder Videokolposkop)	<input type="checkbox"/>
Digitales Gerät	
Keine binokulare Befundung/Beurteilung (Videokolposkop) möglich	<input type="checkbox"/>
Befundung/Beurteilung via Monitor mit digitaler Aufzeichnungsmöglichkeit	<input type="checkbox"/>
Nachweis bzw. Produktinformation (technisches Datenblatt) vom Hersteller/Vertreiber über die Ausstattungsmerkmale ist beigefügt	<input type="checkbox"/>
Pseudonymisierte Bilddatei und nach Möglichkeit ein geeigneter Bildausdruck eines abnormen Befundes ist beigefügt	<input type="checkbox"/>

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift angestellter Arzt