

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
der zytologischen Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri nach der  
Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie**

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift  
Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

Ich bin niedergelassen.

Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

Ich bin in einer Praxis angestellt.

Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

Ich bin in einem MVZ tätig.

Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_

ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.

Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung zytologischer Untersuchungen von Abstrichen der Cervix uteri nach der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie und weise Bescheinigungen und Zeugnisse nach.**

**Nachweis der fachlichen Qualifikation des zytologieverantwortlichen Arztes**

Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung:

- Facharzt für Pathologie
- Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
  - Die Urkunde liegt der KV Sachsen-Anhalt bereits vor.
  - Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

Mit den als Anlage beigefügten Zeugnissen/Bescheinigungen weise ich folgende Tätigkeiten nach:

- eine mindestens halbjährige ganztätige Tätigkeit **oder**
- eine vom Umfang her vergleichbare, maximal 2-jährige berufsbegleitende Tätigkeit in der zytologischen Diagnostik in einem zytologischen Labor, das den Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung entspricht **und**
- während dieser Zeit erfolgte die persönliche Beurteilung von mindestens 5000 Fällen aus der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie, davon waren mindestens 200 Fälle von Zervix-Karzinomen oder deren Vorstadien enthalten.
- Ich beantrage die Teilnahme an der Präparateprüfung nach Anlage 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie.

**Nachweis der fachlichen Voraussetzung der Präparatebefunder**

Folgende im Zytologie-Labor unter meiner Anleitung und Aufsicht tätigen Präparatebefunder erfüllen die folgenden Anforderungen an die fachliche Qualifikation:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

- erfolgreich abgeschlossene Ausbildung als „Zytologisch tätige Assistentin“ bzw. „Zytologisch tätiger Assistent“ (ZTA) an Fachschulen für ZTA (Zytologie-Schulen)

**oder**

- erfolgreich abgeschlossene staatliche Prüfung als „Medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin“ bzw. „Medizinisch-technischer Laboratoriumsassistent“ (MTA-L) an einer staatlich anerkannten Lehrereinrichtung mit einer anschließenden ganztägigen einjährigen praktischen Tätigkeit in einer Laboreinrichtung der Zervix-Zytologie. In dieser Zeit sind mindestens 3.000 Fälle der gynäkologischen Exfoliativ-Zytologie selbstständig vorgemustert worden.
- Mit den beigefügten Zeugnissen und/oder Bescheinigungen der Präparatebefunder weise ich die fachliche Qualifikation nach. Die Zeugnisse und/oder Bescheinigungen enthalten Angaben gemäß § 4 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie.

|  |
|--|
| <b>Nachweis der räumlichen und apparativen Ausstattung der Zytologie-Einrichtung</b> |
|--|

Die Durchführung der zytologischen Untersuchungen erfolgt:

- in meiner Praxis unter der Anschrift: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**und/oder**

- außerhalb meiner Praxis unter der Anschrift:

\_\_\_\_\_

Entfernung zur eigenen Praxis (km): \_\_\_\_\_

**Ich verfüge über einen zytologischen Arbeitsplatz mit folgender Mindestausstattung:**

- Annahmebereich
- Färberaum oder -bereich
  - Der Färberaum oder -bereich ist vom übrigen Labor räumlich getrennt.
  - Die geltenden Vorschriften zum Umgang mit Gefahrenstoffen bzw. Arbeitsschutzvorschriften werden eingehalten.
- Mikroskopierraum oder -bereich
  - Es ist ein binokulares Mikroskop mit einer Mindestausstattung mit 10x und 40x Objektiven sowie den entsprechenden 10x und 12x Okularen vorhanden.
  - Für die interne Fortbildung ist ein Diskussionsmikroskop oder eine vergleichbare Einrichtung im Labor vorhanden.
- Archivbereich
- Lagerbereich

### Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Zervix-Zytologie zur korrekten Präparatebefundung nach §§ 6 und 10 und die Auflagen zur Aufrechterhaltung der Genehmigung, wie der Überprüfung der Präparatequalität nach § 7, der Erstellung der Jahresstatistik nach § 8 und die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen gemäß § 9 zu erfüllen.
2. Mit Unterzeichnung dieses Antrages erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor Erteilung bzw. auch während des Bestands einer Genehmigung befugt ist, eine Besichtigung am Ort der Leistungserbringung (sog. Praxisbegehung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V) durchzuführen, um sich von der Einhaltung der o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung in der Betriebsstätte, in der die zytologische Untersuchung von Abstrichen der Cervix uteri durchgeführt werden, zu vergewissern.
3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere betreffend die räumliche und apparative Ausstattung sowie Tätigkeit der Präparatebefunder, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

### Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die KVSA im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern darf.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte