

ANLAGE 2

PERSÖNLICHER EINZELNACHWEIS

gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 3 der QS-Vereinbarung 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 für

Name, Vorname	Gebietsbezeichnung	Lebenslange Arzt Nummer
---------------	--------------------	----------------------------

Hiermit bestätige ich, dass ich die nachfolgenden Untersuchungen selbstständig durchgeführt habe.

Ich bin einverstanden, dass im Einzelfall Einsicht durch die Kassenärztliche Vereinigung in die pseudonymisierte Befunddokumentation genommen werden kann.

Datum / Unterschrift

ZEITRAUM:

Lfd. Nr.	Patienten-ID aus dem PVS	Datum der Kolposkopie	Diagnosen	Zytologie	Histolog. ges. Befund
<i>Bsp.1</i>	<i>123456789</i>	<i>XX.XX.2019</i>	<i>Dysplasie-Zervix</i>	<i>Gruppe IVb-p</i>	<i>LSIL (CIN I)</i>
<i>Bsp.2</i>	<i>234567891</i>	<i>XX.XX.2019</i>	<i>Dysplasie-Vagina</i>	<i>VAIN</i>	<i>VAIN II</i>
<i>Bsp.3</i>	<i>345678912</i>	<i>XX.XX.2019</i>	<i>Dysplasie-Zervix</i>	<i>PAP I</i>	<i>benigne</i>
<i>Bsp.4</i>	<i>456789123</i>	<i>XX.XX.2019</i>	<i>Lichen</i>	<i>Lichen</i>	<i>Vulvitis</i>
<i>Bsp.5</i>	<i>567891234</i>	<i>XX.XX.2019</i>	<i>VAIN I. Grades</i>	<i>PAP IIID1</i>	<i>VAIN I</i>
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					

