



Persönlicher Einzelnachweis – Abklärungskolposkopie

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	LANR	BSNR

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

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

Datum / Unterschrift



Zeitraum: _____

Hinweis: Die Mehrfachnennung von Patientinnen ist möglich.

Lfd. Nr.	Patienten-ID (PVS)	Datum der Kolposkopie	Diagnosen	Zytologie	Histologisch gesicherter Befund
<i>Bsp.</i>	<i>123456789</i>	<i>XX.XX.2019</i>	<i>Dysplasie-Zervix</i>	<i>Gruppe IVb-p</i>	<i>LSIL (CIN 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					



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				
47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
95				
96				
97				
98				
99				
100				