

## 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 Arztnummer

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	Histologisch gesicherter Befund
<i>Beispiel 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>Beispiel 2</i>	<i>234567891</i>	<i>XX.XX.2019</i>	<i>Dysplasie-Vagina</i>	<i>VAIN</i>	<i>VAIN II</i>
<i>Beispiel 3</i>	<i>345678912</i>	<i>XX.XX.2019</i>	<i>Dysplasie-Zervix</i>	<i>PAP I</i>	<i>benigne</i>
<i>Beispiel 4</i>	<i>456789123</i>	<i>XX.XX.2019</i>	<i>Lichen</i>	<i>Lichen</i>	<i>Vulvitis</i>
<i>Beispiel 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					

**ZEITRAUM:**

Lfd. Nr.	Patienten-ID aus dem PVS	Datum der Kolposkopie	Diagnosen	Zytologie	Histologisch gesicherter Befund
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					

**ZEITRAUM:**

Lfd. Nr.	Patienten-ID aus dem PVS	Datum der Kolposkopie	Diagnosen	Zytologie	Histologisch gesicherter Befund
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

**ZEITRAUM:**

Lfd. Nr.	Patienten-ID aus dem PVS	Datum der Kolposkopie	Diagnosen	Zytologie	Histologisch gesicherter Befund
32					
33					
34					
35					
36					
37					
38					
39					
40					
41					
42					
43					

**ZEITRAUM:**

Lfd. Nr.	Patienten-ID aus dem PVS	Datum der Kolposkopie	Diagnosen	Zytologie	Histologisch gesicherter Befund
44					
45					
46					
47					
48					
49					
50					
51					
52					
53					
54					
55					

**ZEITRAUM:**

Lfd. Nr.	Patienten-ID aus dem PVS	Datum der Kolposkopie	Diagnosen	Zytologie	Histologisch gesicherter Befund
56					
57					
58					
59					
60					
61					
62					
63					
64					
65					
66					
67					

**ZEITRAUM:**

Lfd. Nr.	Patienten-ID aus dem PVS	Datum der Kolposkopie	Diagnosen	Zytologie	Histologisch gesicherter Befund
68					
69					
70					
71					
72					
73					
74					
75					
76					
77					
78					
79					



**ZEITRAUM:**

Lfd. Nr.	Patienten-ID aus dem PVS	Datum der Kolposkopie	Diagnosen	Zytologie	Histologisch gesicherter Befund
80					
81					
82					
83					
84					
85					
86					
87					
88					
89					
90					
91					

**ZEITRAUM:**

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