

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Faxnummer: 089/57093-61299
E-Mail: QS-Team-DMP@kvb.de

Gewährleistungserklärung zu den apparativen Voraussetzungen des Kolposkops nach § 4 Abs. 1 und 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Abklärungskolposkopie

Antragsteller

Nutzer des Geräts	
LANR:	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
Standort des Geräts	
BSNR:	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	

Kolposkop:	
Herstellerfirma:	_____
Kolposkop-Bezeichnung:	_____
Baujahr:	_____
Vergrößerungsstufen/ Vergrößerungen:	_____


Kolposkop: (Zutreffendes bitte ankreuzen)	erfüllt
1. Analoges Gerät Binokulare Befundung/Beurteilung ohne Aufzeichnungsmöglichkeit	<input type="checkbox"/>
2. Analoges-Digitales-Kombisystem Binokulare Befundung/Beurteilung mit Aufzeichnungsmöglichkeit (digitales Foto- oder Videokolposkop)	<input type="checkbox"/>

3. Digitales Gerät

- Keine binokulare Befundung/Beurteilung (Videokolposkop) möglich
- Befundung/Beurteilung via Monitor mit digitaler Aufzeichnungsmöglichkeit
- Nachweis bzw. Produktinformation (technisches Datenblatt) vom Hersteller/Vertreiber über die Ausstattungsmerkmale ist beigefügt
- Pseudonymisierte Bilddatei und nach Möglichkeit ein geeigneter Bildausdruck eines abnormen Befundes ist beigefügt

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers 

Stempel Antragsteller