

# Antrag auf Re-Zertifizierung von Dysplasiesprechstunden bzw. Dysplasiezentren

## 1. ALLGEMEINE ANGABEN

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefax: \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_

Homepage: \_\_\_\_\_

## 2. PERSÖNLICHE QUALIFIKATION

Teilnahme an mindestens 2 nationalen und internationalen Tagungen in den letzten 3 Jahren (AG CPC, EFC, IFCPC, sonstige - Kopien der Teilnahmebescheinigungen liegen bei):

ja       nein

## 3. ANGABEN ZUR RE-ZERTIFIZIERUNG UND PATIENTENZAHL

Ich beantrage die Re-Zertifizierung als:

Dysplasiesprechstunde       Dysplasiezentrum

### a) Nur bei Antrag zur Re-Zertifizierung als DYSPLASIESPRECHSTUNDE

- Anzahl dokumentierter Differenzialkolposkopien mit abnormen Befunden an Portio, Vagina und Vulva/letzte 12 Monate (mindestens 100 Fälle, kolposkopischer Befund mindestens als Skizze, Befundkopie anbei, ):

\_\_\_\_\_

- davon Anzahl dokumentierter histologisch gesicherten intraepithelialen Neoplasien oder Carcinomata/letzte 12 Monate (mindestens 30 Fälle, mit je zwei Kontakten, Befundkopie anbei):

\_\_\_\_\_

## Antrag auf Re-Zertifizierung von Dysplasiesprechstunden bzw. Dysplasiezentren

### b) Nur bei Antrag zur Re-Zertifizierung als DYSPLASIEZENTRUM

- Anzahl dokumentierter Differenzialkolposkopien mit abnormen Befunden an Portio, Vagina und Vulva/letzte 12 Monate (mindestens 400 Fälle, kolposkopischer Befund mindestens als Skizze, Befundkopie anbei):  
\_\_\_\_\_
- davon Anzahl dokumentierter histologisch gesicherten intraepithelialen Neoplasien oder Carcinomata/letzte 12 Monate (mindestens 150 Fälle, Befundkopie anbei):  
\_\_\_\_\_
- davon Anzahl dokumentierter therapeutischer Eingriffen mit je zwei Kontakten/letzte 12 Monate (mindestens 150 Fälle, Befundkopie anbei):  
\_\_\_\_\_

Die Ausstellung des endgültigen Zertifikats erfolgt mit dem Nachweis einer Einzahlung von 100 Euro auf folgendes Konto:

Kontoinhaber Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie und Kolposkopie,  
Kontonummer 2099900, BLZ 733 200 73 (Bayrische Hypovereinsbank), Kennwort  
Zertifizierung

Betrag eingezahlt

ja

nein

Einzahlungsbeleg anbei

ja

nein

Den Antrag richten Sie bitte an:

Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie & Kolposkopie e.V.  
Kontaktbüro Stralsund

Dr. Jens Quaas  
18437 Stralsund, Grünthal 22