

**Antrag für Einrichtungen zur Zertifizierung von Dysplasiesprechstunden bzw. Dysplasiezentren und zur Teilnahme an dysplasiezentren.de**

---

**1. ALLGEMEINE ANGABEN**

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

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

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

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

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

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

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

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

FA für Gynäkologie und Geburtshilfe (Kopie der FA-Anerkennung liegt bei):

ja       nein

seit: \_\_\_\_\_

Mitgliedschaft in der Arbeitsgemeinschaft für Zervixpathologie & Kolposkopie

ja       nein

seit: \_\_\_\_\_

Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_

Aufnahme in das Register von dysplasiezentren.de gewünscht:

ja       nein

Link zur eigenen Homepage erwünscht:

ja       nein

Homepage (URL): \_\_\_\_\_

# Antrag für Einrichtungen zur Zertifizierung von Dysplasiesprechstunden bzw. Dysplasiezentren und zur Teilnahme an dysplasiezentren.de

---

## 2. PERSÖNLICHE QUALIFIKATION

Kolposkopiediplom (Kopie des Zertifikats liegt bei):

ja       nein

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

ja       nein

## 3. ANGABEN ZUR ZERTIFIZIERUNG UND PATIENTENZAHL

Ich beantrage die Zertifizierung als:

Dysplasiesprechstunde       Dysplasiezentrum       Rezertifizierung

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

- Diagnostik und Therapie in Anlehnung an die nationalen Leitlinien

ja       nein

- 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):

\_\_\_\_\_

- Führung eines Dokumentationsprotokolls, das alle Basisdaten einer vergleichenden Qualitätssicherung enthält

ja       nein

**Antrag für Einrichtungen zur Zertifizierung von Dysplasiesprechstunden bzw. Dysplasiezentren und zur Teilnahme an dysplasiezentren.de**

---

**b) Nur bei Antrag zur Zertifizierung als DYSPLASIEZENTRUM**

- Diagnostik und Therapie in Anlehnung an die nationalen Leitlinien

ja       nein

- 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):

\_\_\_\_\_

- Weitere Fortbildungszertifikate und Hospitationsnachweise auf den Gebieten der Zytologie, HPV - Virologie, Morphologie (Kopien der Teilnahmebescheinigungen liegen bei).

ja       nein

- Einverständnis zur Nutzung einer einheitlichen Basisdokumentation mit Teilnahme an einer externen Qualitätssicherung der AG-CPC (benchmarking).

ja       nein

**Antrag für Einrichtungen zur Zertifizierung von Dysplasiesprechstunden bzw. Dysplasiezentren und zur Teilnahme an dysplasiezentren.de**

---

**4. ANGABEN ZUR TECHNISCHEN AUSSTATTUNG**

Kolposkop:  ja  nein

Befundbeschreibung:

i. jeweilige aktuelle kolposkopische Nomenklatur als Basis (Barcelona 2002)  
 ja  nein

Befunddokumentation/Bilddokumentation:

i. Skizze  ja  nein  
ii. Foto  ja  nein  
iii. Video  ja  nein  
iv. Digital  ja  nein

Biopsieinstrumentarium:

i. PE  ja  nein  
ii. Zervixabrasio  ja  nein

Obligat bei Antrag als Dysplasiezentrum, bei Dysplasiesprechstunde fakultativ:  
Geräte zur Oberflächendestruktion:

i. CO2-Laser  ja  nein  
ii. Elektrokoagulation  ja  nein  
iii. Kryotherapie  ja  nein  
iv. andere:  ja  nein

Geräte zur Resektion:

i. HF-Chirurgie  ja  nein  
ii. CO2-Laser  ja  nein  
iii. Skalpell  ja  nein

**Antrag für Einrichtungen zur Zertifizierung von Dysplasiesprechstunden bzw. Dysplasiezentren und zur Teilnahme an dysplasiezentren.de**

---

**5. WEITERE ANGABEN**

Angaben zu Kooperationen (Fallbesprechung)

.....i. Zytologielabor

ja       nein

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

.....ii. virologisches Labor

ja       nein

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

.....iii. morphologisches Labor

ja       nein

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

.....iv. onkologisches Zentrum

ja       nein

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

.....v. Ausbildungskompetenz und Lehrangebot

ja       nein

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

**6. FAKULTATIVE ANFORDERUNGEN**

Zytologie-Qualifikation:

andere Qualifikationen (wissenschaftliche Vorträge, Veröffentlichungen, eigene Weiterbildungsveranstaltungen, Kursangebote, Betreuung von Studenten, Ärzten in Ausbildung und Hospitanten):

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  
Kontaktbüro Stralsund

Dr. Jens Quaas  
18437 Stralsund, Grünthal 22