

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

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. andere ja nein

Geräte zur Resektion:

i. HF-Chirurgie ja nein
ii. Skalpell ja nein
iii. andere 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 e.V.
Kontaktbüro Stralsund

Dr. Jens Quaas
18437 Stralsund, Grünthal 22