

# Anlage zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung der Abklärungskolposkopie



**KVBB**  
Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Gerätenachweisbogen

## Angaben zum Gerät für die Durchführung der beantragten Abklärungskolposkopie

**Herstellerfirma:**

(inklusive Adresse)

---

---

---

**Kolposkop-Bezeichnung:**

(Vollständige  
Herstellerangaben)

---

---

---

**Baujahr:**

---

**Vergrößerungsstufen/  
Vergrößerungen:**

---

**1. Analoges Gerät**

Binokulare Befundung/Beurteilung ohne Aufzeichnungsmöglichkeit

**2. Analoges-Digitales-Kombisystem**

Binokulare Befundung/Beurteilung mit Aufzeichnungsmöglichkeit  
(digitales Foto- oder Videokolposkop)

**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

Datum

Unterschrift des Antragstellers

(Bei Anstellung: Ärztlicher Leiter der  
Einrichtung/ MVZ bzw. Praxisinhaber)

Unterschrift angestellter Arzt

im Falle der Anstellung