

Erfassung von Qualitätssicherungsmaßnahmen Zervix-Zytologie

hier: Fortbildungsnachweis für Präparatebefunder nach § 9 Abs. 2 der Qualitätssicherungsver-
einbarung (QSV) Zervix-Zytologie für den Zeitraum 2022/2023

BSNR: _____

Name der Praxis: _____

Name des Präparatebefunders: _____

lfd. Nr.	Name / Thema der Fortbildung	Datum der Fortbildung	interne / externe Fortbildung	Dauer der Fortbildung in Stunden
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes