**Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung nach § 9 Abs. 2 der QSV Zervix-Zytologie**

**Nachweis je Präparatebefunder über themenbezogene Fortbildung von jeweils 40 Stunden im Zeitraum der Jahre 2020/2021, wovon 20 Stunden durch eine einrichtungsinterne Fortbildung abgegolten werden können.**

| | |
|---|---|
| **Name der Praxis / Betriebsstätte** | |
| **BSNR** | |
| **Name, Vorname Präparate-Befunder (Screener)** | |

| **lfd. Nr.** | **Name / Thema der Fortbildung** | **Datum** | **intern / extern** | **Dauer der Fortbildung in Stunden** |
|---|---|---|---|---|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |
| 8. | | | | |
| 9. | | | | |
| 10. | | | | |

Datum / Unterschrift
ggf. Praxisstempel