

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-221
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr _____ Facharzt
(Vor- und Zuname) für _____
(Fachgruppe)

ab dem _____ folgende Geräte in meiner/unsere Praxis bzw. im Krankenhaus
mitnutzt:

1. MRT-Gerät

Doppel-Mammapule vorhanden: Ja Nein

(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

2. MRT-Gerät

Doppel-Mammapule vorhanden: Ja Nein

(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

3. MRT-Gerät

Doppel-Mammapule vorhanden: Ja Nein

(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

4. MRT-Gerät

Doppel-Mammapule vorhanden:

Ja

Nein

(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

Die entsprechenden Geräteunterlagen gemäß der „Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 10.02.1993 in der derzeit gültigen Fassung“ bzw. der „Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 01.10.07“ liegen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, bereits vor.

Vereinbarte Nutzungszeiten des/r Geräte/s:

Berlin, den _____

Unterschrift und Arztstempel
(des Geräteeigentümers)