

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-684
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

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

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

1. Gerät
für den Anwendungsbereich
 PET PET/CT

(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

2. Gerät
für den Anwendungsbereich
 PET PET/CT

(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

Die entsprechenden Geräteunterlagen gemäß der *QS-Vereinbarung PET, PET-CT* sind beizufügen, sofern sie nicht bereits der KV Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, vorliegen.

Vereinbarte Nutzungszeiten des/r Geräte/s:

(nur gültig mit der Angabe von konkreten Nutzungszeiten)

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel (des Geräteeigentümers)