

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-467
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

Gerätenachweis für die Durchführung von Leistungen zur Rhythmusimplantat-Kontrolle

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten gültig ab 01.10.2018

1. Allgemeine Angaben

Praxisanschrift: _____

Standort der Einrichtung: _____

2. Geräteangaben

Folgende apparative Voraussetzungen werden erfüllt:

2.1 ein Implantat spezifisch geeignetes Programmiergerät

Gerätetyp: _____

Hersteller: _____

Baujahr: _____ Datum der Inbetriebnahme: _____

Bei mehreren Geräten sind diese auf einer separaten Seite als Anlage aufzuführen.

2.2 ein zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen

Gerätetyp: _____

Hersteller: _____

Baujahr: _____ Datum der Inbetriebnahme: _____

2.3 eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator

Gerätetyp: _____

Hersteller: _____

Baujahr: _____ Datum der Inbetriebnahme: _____

3. Gerätestandort

Die o.g. Geräte

werden in eigener Praxis genutzt

oder

werden in Apparategemeinschaft

mit: _____

am Standort: _____ genutzt

ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG

Ich verpflichte mich, gemäß Abschnitt D, § 10 Abs. 2 Nr. 3 der QS-Vereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle, die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 6 dauerhaft aufrecht zu erhalten und jede Änderung meiner apparativen Ausstattung der KV Berlin unverzüglich mitzuteilen.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den _____

Unterschrift + ARZTSTEMPEL

Unterschrift Leiter der Einrichtung