

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-467
Fax: 030 / 31 003-305

Praxisstempel

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

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

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

1. Langzeit-EKG-Gerät:

(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr)

2. Langzeit-EKG-Gerät:

(wenn vorhanden, Angaben w.o.)

3. Langzeit-EKG-Gerät:

(falls zusätzlich vorhanden, Angaben w.o.)

Ein jeweils entsprechender Gerätenachweis gemäß der „Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung Langzeit-EKG-Leistungen vom 01.04.1992 in der derzeit gültigen Fassung“ liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Abt. Qualitätssicherung, bereits vor.

Berlin, den

Unterschrift und Arztstempel