

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-284
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

Gerätenachweis für das Bildwiedergabegerät zur Durchführung von Leistungen in der digitalen Mammographie

auszufüllen durch den Geräteeigentümer

Eigentümer: _____
Praxisanschrift: _____
Standort der Einrichtung: _____

auszufüllen durch den Erbringer der Abnahmeprüfung

Angaben über die Bildwiedergabegeräte:

zwei nebeneinanderstehende Monitore:
(Anforderungen nach DIN 6868 - 157) Ja Nein

Raumklasse bei Abnahmeprüfung nach DIN 6868-157: _____

oder

alternativ ein für die Mammographie entsprechend
leistungsfähiger und großer Einzelmonitor Ja Nein
mit einer Matrix von $\geq 2048 \times \geq 4096$.

Pixelmatrix Monitor 1. und / oder Monitor 2.: _____ / _____

Ansteuerbare min. Pixel: _____

Bildschirmdiagonale: _____

Die Bilddarstellungssoftware ermöglicht folgende Darstellung:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Darstellung von 4 Mammographief Aufnahmen gleichzeitig: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Darstellung gesamt. Mammographief Aufnahme (als Übersichtsbild): | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Darstellung von Ausschnitten der Aufnahme in voller Auflösung: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lupen und Verschiebefunktion (Kontrast- und Helligkeitseinstellung): | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Die Anforderungen der Anlage I zur Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung) sind erfüllt.

Unterschrift + STEMPEL des Abnahmeprüfers

auszufüllen durch den Gerätehersteller

Herstellertyp / Gerätetyp: _____

Serien-Nr.: _____

CE-Kennzeichen /Medizinprodukt mit Zweckbest: _____

Berlin, den

Unterschrift + STEMPEL des Herstellers