



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 340, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft



Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr
(Vor- und Zuname sowie Fachgruppe)

ab dem folgende Geräte in meiner/unser Praxis mitnutzt:
(genauer Zeitpunkt)

1. Herzschrittmacher-Gerät:
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr)

2. Herzschrittmacher-Gerät:
(wenn vorhanden, Angaben w.o.)

3. Herzschrittmacher-Gerät:
(falls zusätzlich vorhanden, Angaben w.o.)

Ein jeweils entsprechender Gerätenachweis gemäß der „Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Herzschrittmacher-Kontrollen vom 01.04.2006 in der derzeit gültigen Fassung“ liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Abt. Qualitätssicherung, bereits vor.

Berlin, den

.....
Unterschrift und Arztstempel