



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 340, Fax (030) 31003 - 730

Praxisstempel

**Gerätenachweis
zur Durchführung der invasiven Kardiologie**

- nur vom Hersteller auszufüllen -

1. Eigentümer:
- Praxisanschrift:
- Standort der Einrichtung:

- Bitte ankreuzen:**
- | | |
|--|--------------------------|
| Neugerät | <input type="checkbox"/> |
| Austauschgerät
(altes Gerät nicht mehr vorhanden) | <input type="checkbox"/> |
| Zusätzliches Gerät | <input type="checkbox"/> |

2. Angaben über die radiologische(n) Einrichtung(en)

2.1 Einrichtung 1

Art:

Gerätetyp:

Generator:

Hersteller:

Anwendungsklasse (gemäß Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 Anlage I oder II):

Dokumentationen der Katheterisierung mittels
CD-Medial im DICOM-ACC/ESC Standard Ja Nein

Baujahr und Datum Inbetriebnahme: /

