



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 Langzeit-EKG-Geräte in meiner/unser Praxis mitnutzt:  
(genauer Zeitpunkt)

**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