



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 562, - 284, Fax (030) 31003 - 730

Praxisstempel

**Gerätenachweis für den Bildbetrachter  
zur Durchführung von Leistungen in der digitalen Mammographie**

*- nur vom Hersteller auszufüllen -*

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

**2. Angaben über die Bildwiedergabegeräte**

zwei nebeneinander stehende Monitore: Ja  Nein   
(Anforderungen nach DIN V 6868 - 57)

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

Ansteuerbare min. Pixel: .....

Bildschirmdiagonale: .....

Die Bilddarstellungssoftware ermöglicht folgende Darstellung:

Darstellung von 4 Mammographieaufnahmen gleichzeitig: Ja  Nein

Darstellung gesamt. Mammographieaufnahme:  
(als Übersichtsbild) Ja  Nein

Darstellung von Ausschnitten der Aufnahme: Ja  Nein

Lupen und Verschiebefunktion:  
(Kontrast- und Helligkeitseinstellung) Ja  Nein



---

Die Anforderungen zur Datenverarbeitung bei digitalen Mammographieaufnahmen unter Punkt 1.15 der Anlage I der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie sind erfüllt.



**3. Bestätigung**

Als Gerätehersteller bestätigen wir hiermit, dass die vorstehende(n) radiologische(n) Einrichtung(en) den *Mindestanforderungen* der jeweiligen Anwendungsklasse gemäß der derzeit gültigen Anlage I oder Anlage II der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 entspricht/entsprechen.

Berlin, den.....

.....  
Unterschrift + STEMPEL  
des Herstellers