



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 594, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

**Gerätenachweis
zur Durchführung von Leistungen der phototherapeutischen Keratektomie
mit dem Excimer-Laser**

- nur vom Hersteller / Lieferanten auszufüllen -

- 1. Eigentümer:**
- Praxisanschrift:
- Standort des Excimer-Lasers:

2. Angaben über das Lasergerät

Art:

Gerätetyp:

Hersteller:

Baujahr:.....Datum der Inbetriebnahme.....

Das vg. Lasergerät (Excimer-Laser):

- ist geeignet, oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis zu 100 µm Tiefe) durch thermische Laserimpulse abzutragen.
- verfügt über eine CE-Kennzeichnung nach dem Medizinproduktegesetz (MPG).



3. Bestätigung

Als Gerätehersteller/Lieferant bestätigen wir, dass das vg. Lasergerät den Anforderungen der „Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK)“, Inkrafttreten 01.10.2007, entspricht.

Hinweis

Als gültigen Gerätenachweis kann die KV Berlin nur den vollständig ausgefüllten Vordruck anerkennen.

Berlin, den.....

.....
Unterschrift und Stempel des Herstellers/ Lieferanten