



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

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

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 gem. § 14 Abs. 2 Nr. 3):

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

Baujahr und Datum Inbetriebnahme: /



2.2 Einrichtung 2

Art:.....

Gerätetyp:.....

Generator:.....

Hersteller:.....

Anwendungsklasse (gemäß Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 gem. § 14 Abs. 2 Nr. 3):.....

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

Baujahr und Datum Inbetriebnahme:...../.....

3. Angaben über den Bildempfänger für Radiographie:

analoges Film-Foliensystem:

CR-System:

DR-System:



4. Bestätigung

Als Geräte- bzw. Systemhersteller bestätigen wir hiermit, dass die vorstehenden radiologische(n) Einrichtung(en) den *Mindestanforderungen* der jeweiligen Anwendungsklasse gemäß § 14 Abs. 2 Nr. 3 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 entspricht/entsprechen.

Berlin, den.....

Unterschrift + STEMPEL
des Herstellers der Geräte

Berlin, den.....

Unterschrift + STEMPEL
des Herstellers der
Bildempfängersysteme