



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 221, Fax (030) 31003 - 730

Praxisstempel

## Bestätigung über eine Apparategemeinschaft



Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr....., Facharzt für .....,  
(Vor- und Zuname) (Fachgruppe)

ab dem ..... folgende Geräte in meiner/unserer Praxis bzw. im  
Krankenhaus mitnutzt:

### 1. MRT-Gerät

Doppel-Mammaspule vorhanden:  Ja  Nein

.....  
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

### 2. MRT-Gerät

Doppel-Mammaspule vorhanden:  Ja  Nein

.....  
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

### 3. MRT-Gerät

Doppel-Mammaspule vorhanden:  Ja  Nein

.....  
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)



4. MRT-Gerät

Doppel-Mammaspule vorhanden:

Ja

Nein

.....  
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

Die entsprechenden Geräteunterlagen gemäß der „Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 10.02.1993 in der derzeit gültigen Fassung“ bzw. der „Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 01.10.07“ liegen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, bereits vor.

**Vereinbarte Nutzungszeiten des/r Geräte/s:**

.....  
.....

Berlin, den.....

.....  
Unterschrift und Arztstempel  
(des Geräteeigentümers)