



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

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

Praxisstempel

**Gerätenachweis
zur Durchführung von kernspintomographischen Leistungen**
- nur vom Hersteller auszufüllen -

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

Art:

Gerätetyp:

Hersteller:

Für Untersuchungen der Mamma:

Doppel-Mammaspule vorhanden: Ja Nein



Für angiologische und muskulo-skelettale Untersuchungen (einschließlich Gelenkuntersuchungen):

3D-Acquisition mit einer Aufnahmematrix von 256X256x64 Voxels oder kleiner bei einem Voxelvolumen $\leq 1 \text{ mm}^3$; Rekonstruktion doppelt angulierter Schichten vorhanden: Ja Nein

Baujahr:

Datum der Inbetriebnahme:

2.1 Angaben über die kernspintomographische Einrichtung

Art:

Gerätetyp:

Hersteller:

Für Untersuchungen der Mamma:

Doppel-Mammaspule vorhanden: Ja Nein

Für angiologische und muskulo-skelettale Untersuchungen (einschließlich Gelenkuntersuchungen):

3D-Acquisition mit einer Aufnahmematrix von 256X256x64 Voxels oder kleiner bei einem Voxelvolumen $\leq 1 \text{ mm}^3$; Rekonstruktion doppelt angulierter Schichten vorhanden: Ja Nein

Baujahr:

Datum der Inbetriebnahme:



3. Bestätigung

Als Gerätehersteller bestätigen wir hiermit, dass die vorstehende Kernspintomographie-Einrichtung den apparativen Anforderungen der Kernspintomographie-Vereinbarung (Anlage 1) vom 10.02.1993 in der derzeit gültigen Fassung entspricht.

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + Stempel