



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 567, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Gerätenachweis

Anlage 1 zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Dialyseleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

- nur vom Hersteller/Lieferanten auszufüllen -

Betreiber:

Name/ Einrichtung:
.....
.....

Standort der/s Geräte/s:

.....
.....
.....

Anzahl der Geräte:

Gerätebezeichnung:

Baujahr:

Hersteller:

Installationsdatum:



Hiermit bestätigen wir, dass das/die obige/n Gerät/e zur Hämodialyse (-filtration und -diafiltration) den Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 6 Nr. 1 (Gerät mit Volumenbilanzierung, Möglichkeit einer Dialyse mit High-Flux-Dialysatoren, Möglichkeit des Einsatzes von Acetat- als auch Bikarbonatdialysat) der seit dem 01. Oktober 1997 geltenden Dialyse-Vereinbarung in der derzeitigen Fassung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V entspricht/entsprechen und übernehmen die Haftung über die Richtigkeit der angegebenen Daten.

....., den

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