



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 photodynamischen Therapie am Augenhintergrund**  
*- nur vom Hersteller / Lieferanten auszufüllen -*

1. **Eigentümer:** .....
- Praxisanschrift: .....
- Standort der Einrichtung: .....

2. **Angaben über das Lasergerät**

Art: .....

Gerätetyp: .....

Hersteller: .....

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

Das vg. Lasergerät (Photoaktivator):

- ist geeignet, den verabreichten Wirkstoff (Photosensibilisator) ausreichend zu aktivieren.
- verfügt über eine CE-Kennzeichnung nach den EG-Richtlinien für Medizinprodukte.



3. **Bestätigung**

Als Gerätehersteller/Lieferant bestätigen wir, dass das vg. Lasergerät den Anforderungen der „Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT) in Kraft seit 01.10.2006.

Hinweis

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

Berlin, den .....

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