



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

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

Praxisstempel

**Bestätigung über eine Apparategemeinschaft  
zur Durchführung von Leistungen der phototherapeutischen Keratektomie (PTK)  
mit dem Excimer-Laser**



Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr .....  
(Titel, Vor- und Zuname sowie Fachgruppe)

ab dem ..... folgendes Lasergerät in meiner/unserer Praxis/Klinik mitbenutzt:  
(genauer Zeitpunkt)

**Excimer-Laser zur Durchführung phototherapeutischer Keratektomie**

.....  
(Firma) (Gerätetyp) (Baujahr)

**Der Gerätenachweis des Herstellers, der belegt, dass das Lasergerät über die CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz (MPG) verfügt und für die PTK geeignet ist (§ 4 Qualitätssicherungsvereinbarung PTK):**

- liegt der KV Berlin bereits vor
- ist beigelegt
- wird nachgereicht

Berlin, den .....  
.....  
Unterschrift und Arztstempel

**Hinweis:** Die o.g. Bestätigung kann nur vollständig ausgefüllt anerkannt werden!