



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

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

Praxisstempel

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft



Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr
(Vor- und Zuname sowie Fachgruppe)

ab dem folgende Geräte in meiner/unser Praxis mitnutzt:
(genauer Zeitpunkt)

1. **ein implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät**

Gerätetyp:

Hersteller:

Baujahr:Datum der Inbetriebnahme:

Bei mehreren Geräten sind diese auf einer separaten Seite als Anlage aufzuführen.

2. **ein zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen**

Gerätetyp:

Hersteller:

Baujahr:Datum der Inbetriebnahme:



3. eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung,
einschließlich Defibrillator

Gerätetyp:

Hersteller:

Baujahr:Datum der Inbetriebnahme:

Ein jeweils entsprechender Gerätenachweis gemäß der „Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (QS-Vereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle) liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Abt. Qualitätssicherung, bereits vor.

Berlin, den

.....
Unterschrift und Arztstempel