



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

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

Praxisstempel

**Gerätenachweis  
für die Durchführung von Leistungen zur Rhythmusimplantat-Kontrolle  
gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V  
zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten  
gültig ab 01.10.2018**

**1. Allgemeine Angaben**

Praxisanschrift: .....

Standort der Einrichtung: .....

**2. Geräteangaben**

Folgende apparative Voraussetzungen werden erfüllt:

**2.1 ein implantatspezifisch geeignetes Programmiergerät**

Gerätetyp: .....

Hersteller: .....

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

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

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

Gerätetyp: .....

Hersteller: .....

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



**2.3 eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator**

Gerätetyp: .....

Hersteller: .....

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

**3. Gerätestandort**

Die o.g. Geräte

werden in eigener Praxis genutzt

**oder**

werden in Apparategemeinschaft

mit:.....

am Standort: .....genutzt.



**ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG**

Ich verpflichte mich, gemäß Abschnitt D, § 10 Abs. 2 Nr. 3 der QS-Vereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle, die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 6 dauerhaft aufrecht zu erhalten und jede Änderung meiner apparativen Ausstattung der KV Berlin unverzüglich mitzuteilen.

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

Berlin, den .....

.....  
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....  
Unterschrift Leiter der Einrichtung