



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 667, Fax (030) 31003 - 730

Praxisstempel

Gerätenachweis
zur Durchführung von strahlentherapeutischen Leistungen
- nur vom Hersteller auszufüllen -

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

- Bitte ankreuzen:**
- | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------|
| Neugerät | <input type="checkbox"/> |
| Austauschgerät
(altes Gerät nicht mehr vorhanden) | <input type="checkbox"/> |
| Zusätzliches Gerät | <input type="checkbox"/> |

2. Angaben über die strahlentherapeutische(n) Einrichtung(en)

2.1 Einrichtung 1

Art:.....

Gerätetyp:.....

Hersteller:.....

Anwendungsklasse (gemäß Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 Anlage II):.....

- Linearbeschleuniger mit ...
- | | | |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| On Board Imaging System: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Möglichkeit der Bestrahlung von mehr als 2 Bestrahlungsfeldern: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Bestrahlung in 3D Technik/ Großfeld-/ Halbkörperbestrahlung: | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Sonstige: Tomotherapy Hi-Art | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Baujahr und Datum Inbetriebnahme:...../.....



2.2 Einrichtung 2

Art:.....

Gerätetyp:.....

Hersteller:.....

Anwendungsklasse (gemäß Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 Anlage II):.....

Linearbeschleuniger mit ...

On Board Imaging System: ja nein

Möglichkeit der Bestrahlung von mehr als 2 Bestrahlungsfeldern: ja nein

Bestrahlung in 3D Technik/ Großfeld-/ Halbkörperbestrahlung: ja nein

Baujahr und Datum Inbetriebnahme:...../.....

2.3 Einrichtung 3

Art:.....

Gerätetyp:.....

Hersteller:.....

Anwendungsklasse (gemäß Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 Anlage II):.....

Linearbeschleuniger mit ...

On Board Imaging System: ja nein

Möglichkeit der Bestrahlung von mehr als 2 Bestrahlungsfeldern: ja nein

Bestrahlung in 3D Technik/ Großfeld-/ Halbkörperbestrahlung: ja nein

Baujahr und Datum Inbetriebnahme:...../.....

3. Angaben zur integrierten Bestrahlungsplanung:

Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung ohne Rechnerunterstützung und individuelle Dosisplanung

Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung

Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung **für irreguläre Felder mit individuellen Blöcken, Viellamellenkollimator, nicht koplanaren Feldern und/oder 3-D-Planung**



4. Bestätigung

Als Geräte- bzw. Systemhersteller bestätigen wir hiermit, dass die vorstehenden strahlentherapeutischen Einrichtungen den *Mindestanforderungen* der jeweiligen Anwendungsklasse gemäß der derzeit gültigen Anlage II der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 entspricht/entsprechen.

Berlin, den.....

Unterschrift + STEMPEL des **Herstellers** der Geräte