



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 284, - 420, - 595, - 667
Fax (030) 31003 - 730

Praxisstempel

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft



Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr....., Facharzt für,
(Vor- und Zuname) (Fachgruppe)

ab dem folgende Geräte in meiner/unserer Praxis bzw. im
Krankenhaus mitnutzt:

1. Gerät

für den Anwendungsbereich

- Radiologie Mammographie, Computertomographie,
 Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Osteodensitometrie

.....
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

2. Gerät

für den Anwendungsbereich

- Radiologie Mammographie, Computertomographie,
 Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Osteodensitometrie

.....
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

3. Gerät

für den Anwendungsbereich

- Radiologie Mammographie, Computertomographie,
 Nuklearmedizin, Strahlentherapie, Osteodensitometrie

.....
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)



Die entsprechenden Geräteunterlagen gemäß der „Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 10.02.1993 in der derzeit gültigen Fassung“ liegen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, bereits vor.

Vereinbarte Nutzungszeiten des/r Geräte/s:

(nur gültig mit der Angabe von konkreten Nutzungszeiten)

.....
.....

Berlin, den.....

.....

Unterschrift und Arztstempel
(des Geräteeigentümers)