

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-409  
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

## Gerätenachweis zur Durchführung der invasiven Kardiologie

- nur vom Hersteller auszufüllen -

1. Eigentümer: \_\_\_\_\_  
Praxisanschrift: \_\_\_\_\_  
Standort der Einrichtung: \_\_\_\_\_

- Bitte ankreuzen:
- Neugeräte
  - Austauschgeräte  
(altes Gerät nicht mehr vorhanden)
  - Zusätzliches Gerät

### 2. Angaben über die radiologische(n) Einrichtung(en)

#### 2.1 Einrichtung 1

Art: \_\_\_\_\_  
Gerätetyp: \_\_\_\_\_  
Generator: \_\_\_\_\_  
Hersteller: \_\_\_\_\_

Anwendungsklasse (gemäß Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie

vom 10.02.1993 gem. § 14 Abs. 2 Nr. 3): \_\_\_\_\_

Dokumentationen der Katheterisierung mittels  
CD-Medial im DICOM-ACC/ESC Standard

Ja

Nein

Baujahr und Datum Inbetriebnahme: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**2.2 Einrichtung 2**

Art: \_\_\_\_\_

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

Generator \_\_\_\_\_

Hersteller: \_\_\_\_\_

Anwendungsklasse (gemäß Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie

vom 10.02.1993 gem. § 14 Abs. 2 Nr. 3): \_\_\_\_\_

Dokumentationen der Katheterisierung mittels

CD-Medial im DICOM-ACC/ESC Standard

Ja

Nein

Baujahr und Datum Inbetriebnahme: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**3. Angaben über die radiologische(n) Einrichtung(en)**

analoges Film-Foliensystem:

CR-System:

DR-System:

**4. Bestätigung**

Als Geräte- bzw. Systemhersteller bestätigen wir hiermit, dass die vorstehenden radiologische(n) Einrichtung(en) den Mindestanforderungen der jeweiligen Anwendungsklasse gemäß § 14 Abs. 2 Nr. 3 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 entspricht/entsprechen.

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift + Stempel  
des Herstellers der Geräte

Berlin, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift + Stempel  
des Herstellers der Bildempfängersysteme