

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-594
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