

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-594  
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

## Gerätenachweis

### zur Durchführung von Leistungen der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund

- nur vom Hersteller / Lieferanten auszufüllen -

- Eigentümer:** \_\_\_\_\_  
Praxisanschrift: \_\_\_\_\_  
Standort der Einrichtung: \_\_\_\_\_
- Angaben über das Lasergerät**  
Art: \_\_\_\_\_  
Gerätetyp: \_\_\_\_\_  
Hersteller: \_\_\_\_\_  
Baujahr \_\_\_\_\_ Datum der Inbetriebnahme \_\_\_\_\_

Das vg. Lasergerät (Photoaktivator):

- ist geeignet, den verabreichten Wirkstoff (Photosensibilisator) ausreichend zu aktivieren.
- verfügt über eine CE-Kennzeichnung nach den EG-Richtlinien für Medizinprodukte.

### 3. Bestätigung

Als Gerätehersteller/Lieferant bestätigen wir, dass das vg. Lasergerät den Anforderungen der „Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT) in Kraft seit 01.10.2006.

#### Hinweis

Als gültigen Gerätenachweis kann die KV Berlin nur den vollständig ausgefüllten Vordruck anerkennen.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Stempel des Herstellers/Lieferanten