

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-594  
Fax: 030 / 31 003-305

Praxisstempel

## Gerätenachweis zur Durchführung von Leistungen der phototherapeutischen Keratektomie mit dem Excimer-Laser

- nur vom Hersteller / Lieferanten auszufüllen -

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

Das vg. Lasergerät (Excimer-Laser):

- ist geeignet, oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis zu 100 µm Tiefe) durch thermische Laserimpulse abzutragen.
- verfügt über eine CE-Kennzeichnung nach dem Medizinproduktegesetz (MPG).

### 3. Bestätigung

Als Gerätehersteller/Lieferant bestätigen wir, dass das vg. Lasergerät den Anforderungen der „Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK)“, Inkrafttreten 01.10.2007, entspricht.

#### Hinweis

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

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel des Herstellers/Lieferanten