

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-467  
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

## Bestätigung über eine Apparategemeinschaft

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname sowie Fachgruppe)

ab dem \_\_\_\_\_ folgende Geräte in meiner/unsere Praxis/Klinik mit nutzt:  
(genauer Zeitpunkt)

### 1. ein Implantat spezifisch geeignetes Programmiergerät

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

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

Baujahr: \_\_\_\_\_ Datum der Inbetriebnahme: \_\_\_\_\_

**Bei mehreren Geräten sind diese auf einer separaten Seite als Anlage aufzuführen.**

### 2. ein zur Implantatkontrolle geeigneter EKG-Schreiber mit mindestens drei Kanälen

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

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

Baujahr: \_\_\_\_\_ Datum der Inbetriebnahme: \_\_\_\_\_

**3. eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator**

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

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

Baujahr: \_\_\_\_\_ Datum der Inbetriebnahme: \_\_\_\_\_

Ein jeweils entsprechender Gerätenachweis gemäß der „Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten (QS-Vereinbarung Rhythmusimplantat-Kontrolle) liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Abt. Qualitätssicherung, bereits vor.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Arztstempel