

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

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

Praxisstempel

## Gerätenachweis für die Durchführung von Leistungen zur Rhythmusimplantat-Kontrolle

gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Kontrolle von aktiven kardialen Rhythmusimplantaten gültig ab 01.10.2018

### 1. Allgemeine Angaben

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Standort der Einrichtung: \_\_\_\_\_

### 2. Geräteangaben

Folgende apparative Voraussetzungen werden erfüllt:

#### 2.1 ein Implantat spezifisch geeignetes Programmiergerät

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

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

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

**2.3 eine Notfallausrüstung zur kardio-pulmonalen Wiederbelebung, einschließlich Defibrillator**

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

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

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

**3. Gerätestandort**

Die o.g. Geräte

werden in eigener Praxis genutzt

**oder**

werden in Apparategemeinschaft

mit: \_\_\_\_\_

am Standort: \_\_\_\_\_ genutzt

**ERKLÄRUNG / VERPFLICHTUNG**

Ich verpflichte mich, gemäß Abschnitt D, § 10 Abs. 2 Nr. 3 der QS-Vereinbarung zur Rhythmusimplantat-Kontrolle, die Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 6 dauerhaft aufrecht zu erhalten und jede Änderung meiner apparativen Ausstattung der KV Berlin unverzüglich mitzuteilen.

**Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Leiter der Einrichtung