

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-284 / 562/ 595 / 667
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr _____ Facharzt für _____
(Vor- und Zuname) (Fachgruppe)

ab dem _____ folgende Geräte in meiner/unsere Praxis bzw. im Krankenhaus mitnutzt:

1. Gerät
für den Anwendungsbereich
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radiologie | <input type="checkbox"/> Mammographie | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> Osteodensitometrie |

(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

2. Gerät
für den Anwendungsbereich
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radiologie | <input type="checkbox"/> Mammographie | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> Osteodensitometrie |

(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

3. Gerät
für den Anwendungsbereich
- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Radiologie | <input type="checkbox"/> Mammographie | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> Osteodensitometrie |

(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

Die entsprechenden Geräteunterlagen gemäß der „Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 10.02.1993 in der derzeit gültigen Fassung“ liegen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, bereits vor.

Vereinbarte Nutzungszeiten des/r Geräte/s:

(nur gültig mit der Angabe von konkreten Nutzungszeiten)

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel (des Geräteeigentümers)