

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-284 / 420 / 595 / 667
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

Gerätenachweis zur Durchführung von strahlentherapeutischen Leistungen

- nur vom Hersteller auszufüllen -

1. Eigentümer: _____
Praxisanschrift: _____
Standort der Einrichtung: _____

- Bitte ankreuzen:
- Neugerät
 - Austauschgerät
(altes Gerät nicht mehr vorhanden)
 - Zusätzliches Gerät

2 Angaben über die strahlentherapeutische(n) Einrichtung(en)

2.1 Einrichtung 1

Art: _____
Gerätetyp: _____
Hersteller: _____
Anwendungsklasse (gemäß Vereinbarung zur Strahlendiagnostik
und -therapie vom 10.02.1993 Anlage II): _____

Linearbeschleuniger mit ...

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| On Board Imaging System: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Möglichkeit der Bestrahlung von mehr als 2 Bestrahlungsfeldern: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Bestrahlung in 3D Technik/ Großfeld-/ Halbkörperbestrahlung: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige: Tomotherapy Hi-Art | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Baujahr und Datum Inbetriebnahme: _____

2.2 Einrichtung 2

Art: _____

Gerätetyp: _____

Hersteller: _____

Anwendungsklasse (gemäß Vereinbarung zur Strahlendiagnostik
und -therapie vom 10.02.1993 Anlage II): _____

Linearbeschleuniger mit ...

On Board Imaging System: ja nein

Möglichkeit der Bestrahlung von mehr als 2 Bestrahlungsfeldern: ja nein

Bestrahlung in 3D Technik/ Großfeld-/ Halbkörperbestrahlung: ja nein

Baujahr und Datum Inbetriebnahme: _____

2.3 Einrichtung 3

Art: _____

Gerätetyp: _____

Hersteller: _____

Anwendungsklasse (gemäß Vereinbarung zur Strahlendiagnostik
und -therapie vom 10.02.1993 Anlage II): _____

Linearbeschleuniger mit ...

On Board Imaging System: ja nein

Möglichkeit der Bestrahlung von mehr als 2 Bestrahlungsfeldern: ja nein

Bestrahlung in 3D Technik/ Großfeld-/ Halbkörperbestrahlung: ja nein

Baujahr und Datum Inbetriebnahme: _____

3. Angaben zur integrierten Bestrahlungsplanung:

- Bestrahlungsplanung für perkutane Bestrahlung** ohne Rechnerunterstützung und individuelle Dosisplanung
- Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung** für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung
- Rechnerunterstützte Bestrahlungsplanung** für die perkutane Bestrahlung mit individueller Dosisplanung **für irreguläre Felder mit individuellen Blöcken, Viellamellenkollimator, nicht koplanaren Feldern und/oder 3-D-Planung**

4. Bestätigung

Als Geräte- bzw. Systemhersteller bestätigen wir hiermit, dass die vorstehenden strahlentherapeutischen Einrichtungen den Mindestanforderungen der jeweiligen Anwendungsklasse gemäß der derzeit gültigen Anlage II der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10.02.1993 entspricht/entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift + Stempel des **Herstellers** der Geräte