

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