

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-284  
Fax: 030 / 31 003-50730  
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

### Gerätenachweis für das Bildwiedergabegerät zur Durchführung von Leistungen in der digitalen Mammographie

#### auszufüllen durch den Geräteeigentümer

Eigentümer: \_\_\_\_\_  
Praxisanschrift: \_\_\_\_\_  
Standort der Einrichtung: \_\_\_\_\_

#### auszufüllen durch den Erbringer der Abnahmeprüfung

##### Angaben über die Bildwiedergabegeräte:

zwei nebeneinanderstehende Monitore:  
(Anforderungen nach DIN 6868 - 157)  Ja  Nein

Raumklasse bei Abnahmeprüfung nach DIN 6868-157: \_\_\_\_\_

##### **oder**

alternativ ein für die Mammographie entsprechend  
leistungsfähiger und großer Einzelmonitor  Ja  Nein  
mit einer Matrix von  $\geq 2048 \times \geq 4096$ .

Pixelmatrix Monitor 1. und / oder Monitor 2.: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ansteuerbare min. Pixel: \_\_\_\_\_

Bildschirmdiagonale: \_\_\_\_\_

**Die Bilddarstellungssoftware ermöglicht folgende Darstellung:**

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Darstellung von 4 Mammographiefnahmen gleichzeitig:                  | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Darstellung gesamt. Mammographiefaufnahme (als Übersichtsbild):      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Darstellung von Ausschnitten der Aufnahme in voller Auflösung:       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Lupen und Verschiebefunktion (Kontrast- und Helligkeitseinstellung): | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Die Anforderungen der Anlage I zur Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur kurativen Mammographie (Mammographie-Vereinbarung) sind erfüllt.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift + STEMPEL des Abnahmeprüfers

**auszufüllen durch den Gerätehersteller**

Herstellertyp / Gerätetyp: \_\_\_\_\_

Serien-Nr.: \_\_\_\_\_

CE-Kennzeichen /Medizinprodukt mit Zweckbest: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift + STEMPEL des Herstellers