

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-562
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

Gerätenachweis zur Durchführung von Leistungen der CT-Koronarangiographie

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

Bitte ankreuzen:

- Neugeräte
- Austauschgeräte
(altes Gerät nicht mehr vorhanden)
- Zusätzliches Gerät

2. Angaben über die computertomographische Einrichtung

Gerätebezeichnung: _____
Hersteller: _____
Baujahr: _____
Datum der Inbetriebnahme: _____
Anzahl der Detektorzeilen: _____
Computertomograph mit mindestens 64 Detektorzeilen JA NEIN

3. Nachweis zur Erfüllung der Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß § 11 Abs. 4 der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Untersuchungen in der diagnostischen Radiologie und Nuklearmedizin und von Strahlentherapie (Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie) zur Durchführung von CT-Koronarangiographien:
- der verwendete Computertomograph verfügt über mindestens 64 Detektorzeilen
 - Kontrastmitteleinbringung
 - EKG-getriggerte Bildakquisition

Hiermit bestätige ich die Einhaltung und Richtigkeit der Angaben.

Berlin, den _____

Unterschrift des Leistungserbringer