



Kassenärztliche Vereinigung Berlin Abteilung
Qualitätssicherung Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-221, -284, - 562, - 595, - 667
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

Bestätigung über eine Apparatgemeinschaft

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)

Berlin, den

Unterschrift und Arztstempel
(des Geräteeigentümers)