

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-567  
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

## Gerätenachweis

### **Anlage 2 zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Dialyseleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung**

- nur vom Hersteller/Lieferanten auszufüllen -

Betreiber:

Name/ Einrichtung:

---

---

---

Standort der/s Geräte/s:

---

---

---

Anzahl der Geräte:

---

Gerätebezeichnung:

---

Baujahr:

---

Hersteller:

---

Installationsdatum:

---

Hiermit bestätigen wir, dass das/die obige/n Gerät/e zur Aufbereitung des benötigten Reinwassers für die Herstellung von Dialysat den Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 6 Nr. 2 (Umkehrosmose) der seit dem 1. Oktober 1997 geltenden Dialyse-Vereinbarung in der derzeitigen Fassung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V entspricht/entsprechen und übernehmen die Haftung über die Richtigkeit der angegebenen Daten.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Herstellers/  
Lieferanten