



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 221, Fax (030) 31003 - 730

Praxisstempel

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft



Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr....., Facharzt für,
(Vor- und Zuname) (Fachgruppe)

ab dem folgende Geräte in meiner/unserer Praxis bzw. im
Krankenhaus mitnutzt:

1. MRT-Gerät

Doppel-Mammaspule vorhanden: Ja Nein

.....
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

2. MRT-Gerät

Doppel-Mammaspule vorhanden: Ja Nein

.....
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

3. MRT-Gerät

Doppel-Mammaspule vorhanden: Ja Nein

.....
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)



4. MRT-Gerät

Doppel-Mammaspule vorhanden: Ja Nein

.....
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

Die entsprechenden Geräteunterlagen gemäß der „Kernspintomographie-Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 10.02.1993 in der derzeit gültigen Fassung“ bzw. der „Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 01.10.07“ liegen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, bereits vor.

Vereinbarte Nutzungszeiten des/r Geräte/s:

.....
.....

Berlin, den.....

.....
Unterschrift und Arztstempel
(des Geräteeigentümers)