

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-221  
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

## Bestätigung über eine Apparategemeinschaft

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr \_\_\_\_\_ Facharzt  
(Vor- und Zuname) für \_\_\_\_\_  
(Fachgruppe)

ab dem \_\_\_\_\_ folgende Geräte in meiner/unsere Praxis bzw. im Krankenhaus  
mitnutzt:

### 1. MRT-Gerät

Doppel-Mammapule vorhanden:  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

### 2. MRT-Gerät

Doppel-Mammapule vorhanden:  Ja  Nein

\_\_\_\_\_  
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

### 3. MRT-Gerät

Doppel-Mammapule 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)