



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-284, - 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 mit nutzt:

### 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)