



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 284, - 420, - 595, - 667  
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. Gerät**

für den Anwendungsbereich

- Radiologie       Mammographie,       Computertomographie,  
 Nuklearmedizin,       Strahlentherapie,       Osteodensitometrie

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

**2. Gerät**

für den Anwendungsbereich

- Radiologie       Mammographie,       Computertomographie,  
 Nuklearmedizin,       Strahlentherapie,       Osteodensitometrie

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

**3. Gerät**

für den Anwendungsbereich

- Radiologie       Mammographie,       Computertomographie,  
 Nuklearmedizin,       Strahlentherapie,       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)