Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-561/ -729
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team2-3@kvberlin.de

Praxisstempel

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft
Ultraschalldiagnostik

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr _____
(Titel, Vor- und Zuname sowie Fachgruppe)

ab dem _____ folgende Ultraschall-Geräte in meiner/unserer Praxis/Klinik
(genauer Zeitpunkt)

am Standort _____ mitnutzt:
(vollständige Anschrift)

1. Ultraschall-Gerät: _____
Firma Gerätetyp Baujahr

2. Ultraschall-Gerät: _____
sofern vorhanden, Angaben w.o.

3. Ultraschall-Gerät: _____
sofern zusätzlich vorhanden, Angaben w.o.

Eine jeweilige Gewährleistungserklärung (Gerätenachweis) gemäß der Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik vom 31.10.2008 in der derzeit gültigen Fassung liegt der KV Berlin, Abt. Qualitätssicherung, bereits vor.

Berlin, den _____ _____
Unterschrift und Arzt-/Klinikstempel

HINWEIS: Die o.g. Bestätigung kann nur vollständig ausgefüllt anerkannt werden!