

Bitte zurücksenden an !

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 2
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt



Kernspintomographie / MR-Angiographie
Gewährleistung der apparativen Ausstattung durch den Hersteller/Lieferanten

Praxis

Name _____

Standort der Anlage

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

1. Angaben zum Kernspintomographen

Hersteller _____

Typ-Bezeichnung _____

Baujahr _____

Offener Kernspintomograph -----

Ja Nein

Magnetische Flussdichte (Tesla) _____

betriebsbereit ab/seit: _____



2. Untersuchungen der Mamma

für Untersuchungen der Mamma verfügt das Gerät zusätzlich über eine Doppel-Mammaspule -----

3. MR-Angiographie

Hersteller _____

Typ-Bezeichnung _____

Baujahr _____

Allgemeine Anforderungen an die apparative Ausstattung zur Durchführung von MR-Angiographien nach der Anlage I Nr.1 1 der Vereinbarung zur MR-Angiographie in der gültigen Fassung

Möglichkeit zur Durchführung von Aufnahmen mittels Time-of-Flight- (TOF-), Phasenkontrast- (PC-) und kontrastmittelverstärkter (CE-) Technik -----

Spezielle Anforderungen an die apparative Ausstattung zur Durchführung von MR-Angiographien mittels kontrastmittelverstärkter (CE-) Technik nach Anlage I Nr. 2 der Vereinbarung zur MR-Angiographie in der gültigen Fassung

Möglichkeit zur (Kontrastmittel-) Bolustriggerung (mittels Bolustiming oder Bolustracking) -----

Verwendung eines Injektors zur automatisierten und reproduzierbaren Gabe von Kontrastmittel sowie unmittelbar im Anschluss zu applizierender Spüllösung -----

Sofern Leistungen nach der GOP 34489 ausgeführt und abgerechnet werden, muss gewährleistet sein, dass Aufnahmen der Becken- und Beinarterien mit einer einmaligen Kontrastmittelgabe durchgeführt werden können.

Gewährleistungsgarantie

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass der zuvor aufgeführte Kernspintomograph die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen der Vereinbarung zur Kernspintomographie/ ggf. MR-Angiographie in der gültigen Fassung erfüllt.

Mit der Unterschrift wird die Vollständigkeit und Richtigkeit der v.g. Angaben bestätigt.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift des Herstellers bzw.
vom Hersteller autorisierten Lieferanten