

Bitte zurücksenden an !

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

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



## Nuklearmedizin

### Gewährleistungserklärung zur apparativen Ausstattung durch den Hersteller/Lieferanten

#### Praxis

Name \_\_\_\_\_

#### Standort des Gerätes

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**Klasse I (Planare Szintigraphie)**

Hersteller: \_\_\_\_\_ Typ: \_\_\_\_\_

Kameratyp: \_\_\_\_\_

**Klasse II (Single-Photon-Emissions-Computertomographie, SPECT)**

Hersteller: \_\_\_\_\_ Typ: \_\_\_\_\_

Einkopf- bzw. Zwei- oder Mehrkopf-SPECT: \_\_\_\_\_

**Klasse III (Organfunktions-Messplatz)**

Hersteller: \_\_\_\_\_ Typ: \_\_\_\_\_

**Klasse IV (Ganzkörperzähler)**

Hersteller: \_\_\_\_\_ Typ: \_\_\_\_\_

**Klasse V (In-vitro-Diagnostik)**

In-vitro-Messplatz:                      Hersteller: \_\_\_\_\_ Typ: \_\_\_\_\_

Beta-Strahler:                              Hersteller: \_\_\_\_\_ Typ: \_\_\_\_\_

Andere Gamma-Strahler:                Hersteller: \_\_\_\_\_ Typ: \_\_\_\_\_

**Gewährleistungsgarantie**

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass der zuvor aufgeführte Apparat die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie 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