

Bitte zurücksenden an !

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



**PET, PET/CT**  
**Gewährleistung der apparativen Ausstattung durch den Hersteller/Lieferanten**

**Praxis**

Name \_\_\_\_\_

**Standort der Anlage**

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

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

**1. Angaben zum Gerät**

PET-Gerät .....

kombiniertes PET/CT-Gerät .....

Hersteller \_\_\_\_\_

Typ-Bezeichnung \_\_\_\_\_

Baujahr \_\_\_\_\_

betriebsbereit ab/seit: \_\_\_\_\_



## 2. Voraussetzungen

Einsatz eines PET-Systems mit einer räumlichen Auflösung  $\leq 5,5$  mm -----

Einsatz eines PET-Gerätes mit der Möglichkeit der technischen Bildfusion mit CT  
bzw. eines kombinierten PET/CT-Gerätes -----

Möglichkeit zur semi-quantitativen Auswertung (SUV-Wert) -----

## Gewährleistungsgarantie

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass das zuvor aufgeführte Gerät die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderung der Vereinbarung zur PET, PET/CT 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