

**Nutzungserklärung für die Durchführung von Eingriffen nach § 115b SGB V in anderer Praxis / Krankenhaus / MVZ oder OP-Zentrum**

Ich habe mich davon überzeugt, dass die organisatorischen, baulichen, apparativ-technischen und hygienischen Gegebenheiten der genannten Räumlichkeiten den Qualitätsstandard nach § 6 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen einschließlich der notwendigen Anästhesien gemäß § 115 b SGB V erfüllen.

Ich bin gemäß einer getroffenen Vereinbarung, die ich in Kopie beigefügt habe, berechtigt, diese ambulanten OP-Räume zu nutzen.

.....  
Ort, Datum

.....  
Antragsteller

.....  
Unterschrift/Stempel der anderen Praxis,  
Krankenhaus, MVZ oder OP-Zentrum