



Nuklearmedizin

Qualitätssicherung

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt
Internet: www.kvhessen.de

Ansprechpartner: Johanna Hobohm
Tel.: 069 79502-751
Fax: 069 79502-785

Dieses Formular ist nur von der Hersteller-/Lieferfirma auszufüllen!

Angaben zur apparativen Ausstattung Nuklearmedizin

von Frau/Herrn Dr. med. _____

Adresse: _____

Bestätigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Wir bestätigen, dass die nachstehend aufgeführte Einrichtung zur nuklearmedizinischen Diagnostik mit der (den) angegebenen Option(en) den Anforderungen der apparativen Ausstattung gemäß Anlage III der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10. Februar 1993, in der ab 1. Oktober 2009 geltenden Fassung, zur Durchführung von Untersuchungen in der nuklearmedizinischen Diagnostik entspricht.

Allgemeine Angaben

Standort BSNR / NBSNR _____

Einkopf-Gamma-Kamera _____

Zweikopf-Gamma-Kamera _____

Kamera-Typ gemäß Einteilung nach Anlage III
der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und
-therapie vom 10. Februar 1993, in der ab
1. Oktober 2009 geltenden Fassung _____

Datenverarbeitungssystem: _____

Ganzkörperzähler: _____

Bohrlochmeßplatz:
(in-vitro-Meßplatz) _____

Mit der vorgenannten Ausstattung werden folgende Anwendungsklassen gemäß Anlage III der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie vom 10. Februar 1993, in der ab 1. Oktober 2009 geltenden Fassung, erfüllt:

Klasse I	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Klasse II	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Klasse III	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Klasse IV	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Klasse V	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Der Hersteller übernimmt die Haftung für die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift der
Hersteller-/Lieferfirma

Diese Fragen sind vom Arzt zu beantworten:

Standort der nuklearmedizinischen Einrichtung / Eigentumsverhältnisse

- eigene Praxis mit BSNR _____ / NBSNR _____
- an anderer Stelle mit BSNR _____ / NBSNR _____
- Gemeinschaftliche Nutzung mit: _____
- Inbetriebnahme bzw. Mitbenutzung ab: _____

Weitere nuklearmedizinischen Einrichtungen

Werden weitere nuklearmedizinischen Einrichtungen, die vorstehend nicht genannt sind, betrieben bzw. mitbenutzt ja nein

Falls ja, bitte folgendes angeben:

Standort BSNR / NBSNR: _____

Bezeichnung der nuklearmedizinischen Einrichtungen: _____

Betreiber der nuklearmedizinischen Einrichtungen: _____

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung der nuklearmedizinischen Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mitzuteilen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragsstellers



ggf. Vertragsarztstempel

Gilt nur für angestellte Ärzte

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des ärztliche Leiters MVZ bzw.

Unterschrift des anstellenden Arztes