

**Landesstelle  
Qualitätssicherung  
Photodynamische Therapie am  
Augenhintergrund**

Georg-Voigt-Straße 15 • 60325 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 • 60062 Frankfurt  
Internet: [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de)

Ansprechpartner: Gertraude Euler  
Tel.: 069 79502-480 • Fax: 069 79502-388

(Bitte in Druckbuchstaben komplett ausfüllen)

## **Photodynamische Therapie am Augenhintergrund Bestätigung der apparativen Voraussetzungen durch den Hersteller/Lieferanten**

Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (PDT) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung.

Wir bestätigen hiermit, dass das nachstehend aufgeführte Lasergerät den Apparativen Voraussetzungen nach § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT) in der derzeit gültigen Fassung entspricht.

<b>PERSÖNLICHE DATEN</b>
--------------------------

Benutzer des Lasers: .....

.....

Anschrift .....

.....

Eigentümer des Lasers: .....

.....

Standort des Lasers: .....

.....

Laserbeschreibung: .....

Baujahr: .....

Hersteller/Vertreiber: .....

.....

Der Laser wird/wurde am ..... an den Betreiber ausgeliefert.

<b>DAS GERÄT ERFÜLLT DIE FOLGENDEN ANFORDERUNGEN</b>
--

- Der Laser verfügt über eine CE-Kennzeichnung nach den EG-Richtlinien für Medizinprodukte
  
- Der Laser (Photoaktivator) ist geeignet, den verabreichten Wirkstoff (Photosensibilisator) ausreichend zu aktivieren

<b>BESTÄTIGUNG DES HERSTELLERS/LIEFERANTEN</b>
--

Hiermit wird bestätigt, dass das aufgeführte Gerät die Voraussetzungen nach § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (Qualitätssicherungsvereinbarung PDT), in Kraft getreten am 01.10.2006, erfüllt.

.....  
Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Herstellers/Lieferanten