



**Landesstelle
Qualitätssicherung
Radiologie**

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

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

Vakuumbiopsie(n) der Mamma

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

Angaben zur apparativen Ausstattung Radiologie

BSNR / NBSNR _____

Dr. med. _____

Adresse: _____

Bestätigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Wir bestätigen, dass die nachstehend aufgeführte Einrichtung zur Vakuumbiopsie der Mamma den Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Vakuumbiopsie der Brust vom 12. August 2009, in Kraft getreten am 1. Oktober 2009, entspricht.

Mammographie- / Biopsie-Einrichtung:

Hersteller: _____

Gerätebezeichnung: _____

Baujahr: _____

Zusätzliche Anforderungen der Biopsie-Einrichtung:

- Mammographieeinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares Bild liefert * ja / nein
- Technikgestützte Nadelführung ja / nein
- Vakuumbiopsiesystem ja / nein
- Vakuumbiopsienadeln mit Nadeldicken von 11 G oder dicker sowie passende Mikroclips ja / nein

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

Ort Datum Stempel und Unterschrift der Hersteller-/Lieferfirma