

Bitte bis 31. März 2010 zurück an:

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
– Landesstelle –
Abt. Qualitätssicherung Sonographie
Georg-Voigt-Str. 15
60325 Frankfurt am Main

Fax-Nr. 069-79502-787
E-Mail: QS.Sonographie@kvhessen.de

**Meldung der im Einsatz befindlichen Ultraschallsysteme entsprechend
§ 16 Abs. (6) Übergangsregelungen der Ultraschall-Vereinbarung
vom 31. Oktober 2008, gültig seit 1. April 2009**

Standort des Ultraschallsystems: _____

Betriebsstättennummer: _____ *(bitte unbedingt angeben!)*

- Ultraschallsystem 1

Hersteller

Typ-Bezeichnung

Baujahr

- Ultraschallsystem 2

Hersteller

Typ-Bezeichnung

Baujahr

Standort des Ultraschallsystems: _____

Weitere Betriebsstättennummer: _____ *(bitte unbedingt angeben!)*

- Ultraschallsystem 1

Hersteller

Typ-Bezeichnung

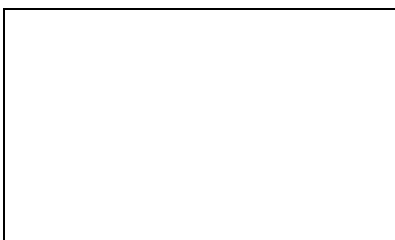
Baujahr

- Ultraschallsystem 2

Hersteller

Typ-Bezeichnung

Baujahr



Vertragarztstempel

Datum

Unterschrift des Arztes