



Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung Team 2  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt

**Kernspintomographie / MR-Angiographie**  
**Gewährleistung der apparativen Ausstattung durch den Hersteller/Lieferanten**

**Praxis**

Name \_\_\_\_\_

**Standort der Anlage**

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

**1. Angaben zum Kernspintomographen**

Hersteller \_\_\_\_\_

Typ-Bezeichnung \_\_\_\_\_

Baujahr \_\_\_\_\_

Offener Kernspintomograph -----  Ja  Nein

Magnetische Flussdichte (Tesla) \_\_\_\_\_

betriebsbereit ab/seit: \_\_\_\_\_

**2. Untersuchungen der Mamma**

für Untersuchungen der Mamma verfügt das Gerät zusätzlich über eine Doppel-Mammaspule -----



### 3. MR-Angiographie

Hersteller \_\_\_\_\_

Typ-Bezeichnung \_\_\_\_\_

Baujahr \_\_\_\_\_

**Allgemeine Anforderungen** an die apparative Ausstattung zur Durchführung von MR-Angiographien nach der Anlage I Nr.1 1 der Vereinbarung zur MR-Angiographie in der gültigen Fassung

Möglichkeit zur Durchführung von Aufnahmen mittels Time-of-Flight- (TOF-), Phasenkontrast- (PC-) und kontrastmittelverstärkter (CE-) Technik -----

**Spezielle Anforderungen** an die apparative Ausstattung zur Durchführung von MR-Angiographien mittels kontrastmittelverstärkter (CE-) Technik nach Anlage I Nr. 2 der Vereinbarung zur MR-Angiographie in der gültigen Fassung

Möglichkeit zur (Kontrastmittel-) Bolustriggerung (mittels Bolustiming oder Bolustracking) -----

Verwendung eines Injektors zur automatisierten und reproduzierbaren Gabe von Kontrastmittel sowie unmittelbar im Anschluss zu applizierender Spüllösung -----

Sofern Leistungen nach der GOP 34489 ausgeführt und abgerechnet werden, muss gewährleistet sein, dass Aufnahmen der Becken- und Beinarterien mit einer einmaligen Kontrastmittelgabe durchgeführt werden können.

#### Gewährleistungsgarantie

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass der zuvor aufgeführte Kernspintomograph die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen der Vereinbarung zur Kernspintomographie / ggf. MR-Angiographie in der gültigen Fassung erfüllt

Mit der Unterschrift werden die Vollständigkeit und die Richtigkeit der v.g. Angaben bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Herstellers bzw. vom Hersteller autorisierten Lieferanten

[Formular drucken](#)