

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

Nuklearmedizin

Gewährleistungserklärung zur apparativen Ausstattung durch den Hersteller/Lieferanten

Praxis

Name _____

Standort des Gerätes

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

Klasse I (Planare Szintigraphie)

Hersteller: _____

Typ: _____

Kameratyp: _____

Klasse II (Single-Photon-Emissions-Computertomographie, SPECT)

Hersteller: _____

Typ: _____

Einkopf- bzw. Zwei- oder Mehrkopf-SPECT: _____



Klasse III (Organfunktions-Messplatz)

Hersteller: _____

Typ: _____

Klasse IV (Ganzkörperzähler)

Hersteller: _____

Typ: _____

Klasse V (In-vitro-Diagnostik)

In-vitro-Messplatz:

Hersteller: _____

Typ: _____

Beta-Strahler:

Hersteller: _____

Typ: _____

Andere Gamma-Strahler:

Hersteller: _____

Typ: _____

Gewährleistungsgarantie

Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass die zuvor aufgeführte Apparatur die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie 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