

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung  
Team 1  
Europa-Allee 90  
60486 Frankfurt



### **Photodynamische Therapie am Augenhintergrund (PDT)**

#### **Bestätigung der apparativen Anforderungen durch den Hersteller / Lieferanten**

Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der **Photodynamischen Therapie am Augenhintergrund (PDT)** nach der Gebührenordnungsposition **06332 EBM**

Qualitätssicherung  
Team 1

Stefanie Gilmer  
Heike Morbitzer  
Tel 069 24741-6354/ -6606  
Fax 069 24741-68819  
qs.fb1.1@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Körperschaft des öffentlichen Rechts  
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt  
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt  
www.kvhessen.de

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.

#### **Persönliche Angaben**

Benutzer des Lasers \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Eigentümer des Lasers \_\_\_\_\_

Standort des Lasers \_\_\_\_\_

Gerätebeschreibung und Baujahr \_\_\_\_\_

Hersteller/Lieferant \_\_\_\_\_

Das Gerät wird/wurde am \_\_\_\_\_ an den Betreiber ausgeliefert.

### Apparative Voraussetzungen: § 4 der QS-Vereinbarung PDT

- Das Lasergerät verfügt über eine CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz und ist für die PDT geeignet.

### Bestätigung des Herstellers / Lieferanten

Hiermit wird bestätigt, dass das aufgeführte Lasergerät die Anforderungen nach § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Photodynamischen Therapie am Augenhintergrund in der derzeit gültigen Fassung erfüllt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift und Stempel des Herstellers/Lieferanten

Stand: März 2022