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

Qualitätssicherung
Team 1

Stefanie Gilmer
Julia Reinhardt
Luisa Casola-Gallschneider

Tel 069 24741-7217
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.1@kvhessen.de

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

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**

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.

WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT

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

Formular drucken

Stand: Januar 2025