Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Team 1
Europa-Allee 60
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

Phototherapeutische Keratektomie (PTK)

Bestätigung der apparativen Anforderungen durch den Hersteller / Lieferanten

Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der **Phototherapeutischen Keratektomie (PTK)** nach der Gebührenordnungsposition **31362 EBM**

Wir bestätigen hiermit, dass der nachstehend aufgeführte Excimer-Laser den apparativen Voraussetzungen nach § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Phototherapeutischen Keratektomie (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK) in der derzeit gültigen Fassung entspricht.

Persönliche Angaben

Benutzer des Eximer-Lasers _____

Anschrift _____

Eigentümer des Excimer-Lasers _____

Standort des Excimer-Lasers _____

Gerätebeschreibung und Baujahr _____

Hersteller/Lieferant _____

Das Gerät wird/wurde am _____ an den Betreiber ausgeliefert.

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Apparative Voraussetzungen: § 4 der QS-Vereinbarung PDT

☐ Der Excimer-Laser ist geeignet, oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis ca. 100µm Tiefe) durch thermische Laserimpulse abzutragen.

☐ Der Excimer-Laser verfügt über eine CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz.

Bestätigung des Herstellers / Lieferanten

Hiermit wird bestätigt, dass der aufgeführte Excimer-Laser die Anforderungen nach § 4 der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Phototherapeutischen Keratektomie in der derzeit gültigen Fassung erfüllt.

.....	.....
Ort, Datum	Unterschrift und Stempel des Herstellers/Lieferanten

Formular drucken

Stand: Januar 2025