

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung  
Team 1  
Europa-Allee 60  
60486 Frankfurt



### **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**

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 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.

#### **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

Stand: März 2022