



Arztstempel

(Nur vom Hersteller bzw. der betreuenden Servicefirma auszufüllen)

Eigentümer des Gerätes _____

Standort des Gerätes _____

Gerätebezeichnung oder Typ: _____

- Positronenemissionstomograph (PET)
- Positronenemissionstomograph mit CT (PET/CT)

Baujahr: _____

Hersteller/Vertreiber: _____

Die Anlage wurde/wird am _____ installiert.

Mindestanforderungen an die apparativen Voraussetzungen:

- ➔ Einsatz eines PET-Systems mit einer räumlichen Auflösung von $\leq 5,5$ mm nach Angaben des Herstellers
- ➔ Einsatz eines PET-Systems mit der Möglichkeit der technischen Bildfusion mit CT (Leistungen der PET) bzw. eines kombinierten PET/CT-Gerätes (Leistungen der PET/CT)
- ➔ Möglichkeit zur semi-quantitativen Auswertung (SUV-Wert)
- ➔ Vorhandensein einer geeigneten Notfallausrüstung (bestehend zumindest aus Frischluftbeatmungsgerät, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Rufanlage und Notfall-Arztkoffer)

Hiermit wird versichert, dass das oben aufgeführte Gerät die Mindestanforderungen der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie bzw. diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie in der aktuellen Fassung erfüllt. Der Hersteller bzw. die Servicefirma übernimmt die Haftung für die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum

(Stempel und Unterschrift des Herstellers bzw. der betreuenden Service Firma)