

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Qualitätssicherung  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg

Arztstempel

**Gerätenachweis Kernspintomographie**

Anlage zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Kernspintomographie

**Nur vom Betreiber auszufüllen**

**Gerätenutzung in eigener Praxis**

Das Gerät ist mein Eigentum und steht in meiner Praxis.

Betriebsstätte (Adresse o. BSNR): \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung (Hersteller): \_\_\_\_\_ KV-Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_

**Gerätenutzung in einer Apparategemeinschaft**

Es besteht eine Apparategemeinschaft mit der Praxis / dem Krankenhaus:

\_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Eigentümer des Gerätes: \_\_\_\_\_ KV-Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_

Das Formular „Apparategemeinschaft (Gemeinsame Gerätenutzung)“ ist zusätzlich auszufüllen und dem Antrag beizufügen.

**Gerätenutzung in einem ausgelagerten Praxisteil**

Ich nutze das Gerät in einem ausgelagerten Praxisteil.

Betriebsstätte (Adresse o. BSNR): \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung (Hersteller): \_\_\_\_\_ KV-Reg.-Nr.: \_\_\_\_\_

Falls der ausgelagerte Praxisteil der KV Hamburg noch nicht gemeldet wurde, ist zusätzlich das Formular „Anzeige eines ausgelagerten Praxisteils“ auszufüllen.

**Ich bin verpflichtet, jede Änderung der Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg mitzuteilen.**  
**Bei mehreren Geräten bzw. Standorten bitte Gerätemeldung für jedes Gerät und/oder jeden Standort einreichen, Formular bitte ggf. kopieren.**

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Unterschrift des Betreibers: \_\_\_\_\_ Ort/ Datum \_\_\_\_\_

## Gerätenachweis

(Nur vom Hersteller bzw. der betreuenden Servicefirma auszufüllen)

### Angaben über die Kernspintomographie-Einrichtung

Eigentümer des Gerätes: \_\_\_\_\_

Standort: \_\_\_\_\_

Gerätebezeichnung oder Typ: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

Hersteller/Vertreiber: \_\_\_\_\_

Die Anlage wurde/wird am \_\_\_\_\_ installiert.

Doppel-Mammaspule	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-------------------	-----------------------------	-------------------------------

**Hiermit wird versichert, dass das oben aufgeführte Gerät die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen nach der „Vereinbarung zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie der KBV vom 10.02.1993, in der derzeit geltenden Fassung, erfüllt.**

Möglichkeit der Anwendung mittels TOF-, PC- und CE-Technik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

**Hiermit wird versichert, dass das oben aufgeführte Gerät die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen der Anlage I der Vereinbarung zur Durchführung von MR-Angiographien der KBV vom 01.10.2007, in der derzeit geltenden 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 Servicefirma)