



## Gerätenachweis Kernspintomographie

(Nur vom Hersteller bzw. der betreuenden Servicefirma auszufüllen)

Eigentümer des Gerätes \_\_\_\_\_

Standort des Gerätes \_\_\_\_\_

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 TOP-, 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 nach 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 betreuende Service Firma)