

Zurück an

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Qualitätssicherung
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Fax 040/ 22 802 -420

Arztstempel

Gewährleistungserklärung

(bitte von der Hersteller-/Vertreiberfirma ausfüllen lassen)

Anlage zum

Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen zu Nicht-medikamentösen, lokalen Laser-Verfahren zur Behandlung des benignen Prostatasyndroms (bPS)

Name des Vertragsarztes: _____

Praxis / Einrichtung (Gerätstandort): _____

Lasergerät: _____

Hersteller: _____

Baujahr: _____

Datum der Inbetriebnahme: _____

Das oben bezeichnete Lasergerät erfüllt folgende apparative Anforderungen für u. s. Laser-Verfahren:

- Holmium-Laser-Enukleation (HoLEP)**
- Holmium-Laser-Resektion (HoLRP)**

- Thulium-Laser-Enukleation (TmLEP)**
- Thulium-Laser-Resektion (TmLRP)**

- Photoselektive Vaporisation der Prostata (PVP)**

Das Gerät verfügt über eine CE-Kennzeichnung und muss gemäß Herstellerangaben mit dem verwendeten Lasersystem kompatibel sein.

maximale Leistung von mindestens:

- 80 Watt HoLRP, HoLEP und PVP mit KTP-Laser oder
- 70 Watt TmLRP, TmLEP oder
- 120/180 Watt PVP mit LBO-Laser

- Die Gebrauchsanweisung des Lasergeräts liegt in deutscher Sprache vor und führt die Verwendung des Lasersystems zur Durchführung der Laserbehandlung als Zweckbestimmung inhaltlich auf.
- Das Gerät ist herstellerseitig sowohl für den Betrieb mit einmal- als auch mit wiederverwendbaren Fasern vorgesehen.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort / Datum

Unterschrift / Firmenstempel