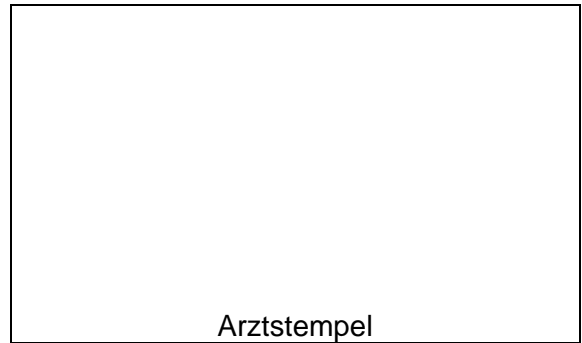


Kassenärztliche Vereinigung Hamburg  
Qualitätssicherung  
Postfach 76 06 20  
22056 Hamburg



Arztstempel

**Gerätenutzung in einer Apparategemeinschaft  
(Gemeinsame Gerätenutzung)**

**(Bitte leserlich ausfüllen)**

Es besteht eine Apparategemeinschaft mit der Praxis / dem Krankenhaus / dem MVZ:  
\_\_\_\_\_

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

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

Standort des Gerätes: \_\_\_\_\_

Eigentümer des Gerätes: \_\_\_\_\_

Das Gerät wird für folgende Leistungen eingesetzt: \_\_\_\_\_

Das Gerät wird von folgenden Ärzten mitgenutzt: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Das Gerät wird gemeinsam genutzt seit: \_\_\_\_\_

Ich bin als Eigentümer des Geräts mit der gemeinsamen Nutzung der oben aufgeführten Ärzte einverstanden: \_\_\_\_\_ (Name/Unterschrift des Eigentümers)

Name/Unterschrift

von allen mitnutzenden Ärzten:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Ort/ Datum \_\_\_\_\_