

# Gewährleistungsgarantie

(bitte von der Hersteller-/Vertreiberfirma ausfüllen lassen)

zur Durchführung von phototherapeutischen Keratektomien gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung § 135 Abs. 2 SGB V (Qualitätssicherungsvereinbarung PTK vom 01. Oktober 2007)

**Name des Vertragsarztes:**

**Praxis (Gerätestandort):**

---

---

---

**Gerät (Excimer-Laser):**

---

**Hersteller:**

**Baujahr:**

**Datum der Inbetriebnahme:**

---

---

---

- Das Gerät verfügt über eine **CE-Kennzeichnung** nach den EG-Richtlinien für Medizinprodukte
- Das Gerät ist geeignet oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis ca. 100 µm Tiefe) durch thermische Laserimpulse abzutragen.
- Mit dem o. g. Gerät kann die Leistungsposition Nr. 31362 EBM ausgeführt werden

Hiermit wird bestätigt, daß das o. g. Gerät den Anforderungen nach § 4 Apparative Voraussetzungen der Qualitätssicherungsvereinbarung § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung der phototherapeutischen Keratektomie vom 01. Oktober 2007, entspricht.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift / Firmenstempel