



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-594
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

**Bestätigung über eine Apparategemeinschaft
zur Durchführung von Leistungen der phototherapeutischen Keratektomie (PTK)
mit dem Excimer-Laser**

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/ Herr _____

(Titel, Vor- und Zuname sowie Fachgruppe)

ab dem _____

(genauer Zeitpunkt)

folgendes Lasergerät in meiner/unsere Praxis/Klinik mitbenutzt:

Excimer-Laser zur Durchführung phototherapeutischer Keratektomie

(Firma)

(Gerätetyp)

(Baujahr)

Der Gerätenachweis des Herstellers, der belegt, dass das Lasergerät über die CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz (MPG) verfügt und für die PTK geeignet ist (§ 4 Qualitätssicherungsvereinbarung PTK):

- liegt der KV Berlin bereits vor
- ist beigelegt
- wird nachgereicht

Ort, Datum

Unterschrift und Arztstempel

Hinweis: Die o.g. Bestätigung kann nur vollständig ausgefüllt anerkannt werden!