

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-409  
Fax: 030 / 31 003-305

Praxisstempel

## Bestätigung über eine Apparategemeinschaft

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr \_\_\_\_\_  
(Vor- und Zuname) (Fachgruppe)

ab dem \_\_\_\_\_ folgende Geräte in meiner/unsere Praxis bzw. im Krankenhaus mitnutzt:

**1. Langzeit-EKG-Gerät:**

(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr)

\_\_\_\_\_

**2. Langzeit-EKG-Gerät:**

(wenn vorhanden, Angaben w.o.)

\_\_\_\_\_

**3. Langzeit-EKG-Gerät:**

(falls zusätzlich vorhanden, Angaben w.o.)

\_\_\_\_\_

Ein jeweils entsprechender Gerätenachweis gemäß der „Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung Langzeit-EKG-Leistungen vom 01.04.1992 in der derzeit gültigen Fassung“ liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Abt. Qualitätssicherung, bereits vor.

\_\_\_\_\_  
Berlin, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Arztstempel