

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-684
Fax: 030 / 31 003-50730
E-Mail: QS-Team-3@kvberlin.de

Praxisstempel

Gewährleistungserklärung

für die Durchführung und Abrechnung von Leistungen gemäß der QS-Vereinbarung PET, PET/CT

- Angaben über das PET bzw. PET/CT-System sind nur vom Hersteller auszufüllen –

Eigentümer:	_____
Praxisanschrift:	_____
Standort des Gerätes:	_____

Art:	_____
Gerätetyp:	_____
Hersteller:	_____
Baujahr:	_____
Datum	_____
Inbetriebnahme:	_____
CE-Kennzeichen:	_____
(Nummer)	_____
<input type="checkbox"/>	räumliche Auflösung von \leq _____ mm (bitte konkrete Angabe der Millimeter)
<input type="checkbox"/>	Möglichkeit der technischen (softwarebasierten) Bildfusion mit CT oder
<input type="checkbox"/>	kombiniertes PET/CT-Gerät
<input type="checkbox"/>	Möglichkeit zur semi-quantitativen Auswertung (SUV-Wert)

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Hersteller