



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-284  
Fax: 030 / 31 003-730  
E-Mail: QS-Team-4@kvberlin.de

Praxisstempel

### Bestätigung über eine Apparategemeinschaft

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

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

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

1. Gerät  
für den Anwendungsbereich
- |                                         |                                           |                                              |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Radiologie     | <input type="checkbox"/> Mammographie     | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> Osteodensitometrie  |

\_\_\_\_\_  
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

2. Gerät  
für den Anwendungsbereich
- |                                         |                                           |                                              |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Radiologie     | <input type="checkbox"/> Mammographie     | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> Osteodensitometrie  |

\_\_\_\_\_  
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)

3. Gerät  
für den Anwendungsbereich
- |                                         |                                           |                                              |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Radiologie     | <input type="checkbox"/> Mammographie     | <input type="checkbox"/> Computertomographie |
| <input type="checkbox"/> Nuklearmedizin | <input type="checkbox"/> Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> Osteodensitometrie  |

\_\_\_\_\_  
(Angaben über Gerätetyp, Firma und Baujahr sowie Standort)



Die entsprechenden Geräteunterlagen gemäß der „Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 10.02.1993 in der derzeit gültigen Fassung“ liegen der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, Abteilung Qualitätssicherung, bereits vor.

**Vereinbarte Nutzungszeiten des/r Geräte/s:**

(nur gültig mit der Angabe von konkreten Nutzungszeiten)

---

---

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Arztstempel (des Geräteeigentümers)