

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-221  
Fax: 030 / 31 003-730

Praxisstempel

## Gerätenachweis zur Durchführung von kernspintomographischen Leistungen

- nur vom Hersteller auszufüllen -

1. Eigentümer: \_\_\_\_\_  
Praxisanschrift: \_\_\_\_\_  
Standort der MRT-Einrichtung: \_\_\_\_\_

- Bitte ankreuzen:**
- Neugeräte
  - Austauschgeräte  
(altes Gerät nicht mehr vorhanden)
  - Zusätzliches Gerät

### 2. Angaben über die kernspintomographische Einrichtung

Art: \_\_\_\_\_  
Gerätetyp: \_\_\_\_\_  
Hersteller: \_\_\_\_\_

Für Untersuchungen der Mamma:

Doppel-Mammaspule vorhanden:  Ja  Nein

Für angiologische und muskulo-skelettale Untersuchungen (einschließlich Gelenkuntersuchungen):  
3D-Acquisition mit einer Aufnahmematrix von 256X256x64 Voxels oder kleiner bei einem  
Voxelvolumen < 1 mm<sup>3</sup>; Rekonstruktion doppelt angulierter Schichten vorhanden:

Ja  Nein

Apparative Ausstattung für Bestrahlungsplanung:

Ja  Nein

Baujahr: \_\_\_\_\_

Datum der Inbetriebnahme: \_\_\_\_\_

### 2.1 Angaben über die kernspintomographische Einrichtung

Art: \_\_\_\_\_

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

Hersteller: \_\_\_\_\_

Für Untersuchungen der Mamma:

Doppel-Mammaspule vorhanden:  Ja  Nein

Für angiologische und muskulo-skelettale Untersuchungen (einschließlich Gelenkuntersuchungen):  
3D-Acquisition mit einer Aufnahmematrix von 256X256x64 Voxels oder kleiner bei einem  
Voxelvolumen < 1 mm<sup>3</sup>; Rekonstruktion doppelt angulierter Schichten vorhanden:

Ja  Nein

Apparative Ausstattung für Bestrahlungsplanung:

Ja  Nein

Baujahr: \_\_\_\_\_

Datum der Inbetriebnahme: \_\_\_\_\_

### 3. Bestätigung

Als Gerätehersteller bestätigen wir hiermit, dass die vorstehende Kernspintomographie-Einrichtung den apparativen Anforderungen der Kernspintomographie-Vereinbarung (Anlage 1) vom 10.02.1993 in der derzeit gültigen Fassung entspricht.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel