

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstraße 39
80687 München

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Stempel Antragsteller

Anlage

zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund

Gewährleistungserklärung

Nutzer des Geräts	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	

Standort des Geräts
BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Gewährleistungserklärung

(ab hier nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

Für die Durchführung der beantragten Leistung wird das folgende Lasergerät eingesetzt:	
Herstellerfirma:	_____

	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort
Geräte-Bezeichnung:	_____
	Vollständige Herstellerangaben
Geräte-Nummer:	_____
	Seriennummer
Baujahr:	_____
Auslieferungsdatum:	_____

Das Lasergerät erfüllt die im Nachgang bestätigten Mindestanforderungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung PDT.

Zutreffendes bitte ankreuzen

	erfüllt
Das Gerät ist geeignet, den verabreichten Wirkstoff (Photosensibilisator) ausreichend zu aktivieren	<input type="checkbox"/>
Nachweis CE-Kennzeichnung nach dem Medizinproduktegesetz	<input type="checkbox"/>

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

Telefonnummer

Ansprechpartner (Name in Druckbuchstaben)

