

Weitere Röntgengeräte

Ist ein weiteres Röntgengerät im Einsatz? ja nein

Falls ja, bitte Folgendes angeben:

Bezeichnung des Gerätes:

Hersteller / Vertreiber:

Im Einsatz seit /ab:

Ist ein weiteres Röntgengerät im Einsatz? ja nein

Falls ja, bitte Folgendes angeben:

Bezeichnung des Gerätes:

Hersteller / Vertreiber:

Im Einsatz seit /ab:

Hiermit versichere ich, dass ich für die radiologischen Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung die vorstehend genannte apparative Ausstattung verwende. Ich versichere, dass die in diesem Formular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung radiologischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Ort und Datum

Unterschrift des verantwortlichen Arztes / ärztlichen Leiters

Ort und Datum

Unterschrift des angestellten Arztes