

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Gerätemeldung

ANLAGE 1 zum Antrag auf Genehmigung zur
Ausführung und Abrechnung strahlentherapeutischer Leistungen im Rahmen der
vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Angaben zum Gerät:

Genauere Bezeichnung des Gerätes :

Baujahr:..... Hersteller/Vertreiber:

Neugerät (zusätzliches Gerät) Austauschgerät (bisheriges Gerät abgemeldet)

Apparatgemeinschaft mit

Nutzer des Gerätes:	Optional: Lebenslange Arztnummer (LANR):
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

Standort des Gerätes:	_____
	Adresse

	Betriebsstättennummer / ggf. Nebenbetriebsstättennummer
Einsatz des Gerätes durch den Antragsteller ab:	_____
	Datum

Dem Antrag in Kopie beigelegt:

- Umgangsgenehmigung liegt bereits vor
 Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung liegt bereits vor

Weitere Geräte

Ist ein weiteres Gerät im Einsatz? ja nein

Falls ja, bitte Folgendes angeben:

Bezeichnung des Gerätes:

Hersteller / Vertreiber:

Im Einsatz seit /ab:

Ist ein weiteres Gerät 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 strahlentherapeutischen 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 strahlentherapeutischer Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Ort und Datum

Unterschrift des verantwortlichen Arztes / ärztlichen Leiters

Ort und Datum

Unterschrift des angestellten Arztes