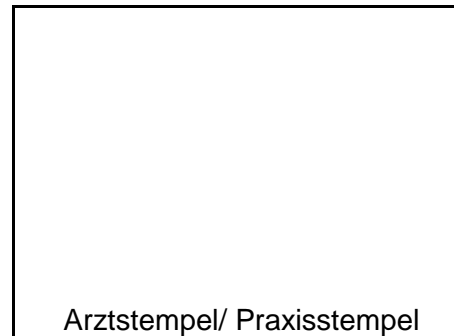


Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Abteilung Genehmigung
Postfach 76 06 20
22056 Hamburg



Gerätenachweis Kernspintomographie

(Nur vom Hersteller bzw. der betreuenden Servicefirma auszufüllen)

Eigentümer des Gerätes _____

Standort _____

Gerätebezeichnung oder Typ: _____

Baujahr: _____

Hersteller/Vertreiber: _____

Die Anlage wurde/wird am _____ installiert.

- Hiermit wird versichert, dass das oben aufgeführte Gerät die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen nach der Kernspintomographie-Vereinbarung vom 10.02.1993, in der derzeit geltenden Fassung, erfüllt.

Doppel-Mammaspule ja nein

- Hiermit wird versichert, dass das oben aufgeführte Gerät die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen der Anlage I der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie vom 01.10.2007, in der derzeit geltenden Fassung, erfüllt.

Möglichkeit der Anwendung mittels TOF-, PC- und CE-Technik ja nein

Der Hersteller bzw. die Servicefirma übernimmt die Haftung für die Richtigkeit der gemachten Angaben.

Ort/Datum

(Stempel und Unterschrift bzw. der betreuenden Servicefirma)