

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-567
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

Gerätenachweis

Anlage 1 zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Dialyseleistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

- nur vom Hersteller/Lieferanten auszufüllen -

Betreiber:

Name/ Einrichtung:

Standort der/s Geräte/s:

Anzahl der Geräte:

Gerätebezeichnung:

Baujahr:

Hersteller:

Installationsdatum:

Hiermit bestätigen wir, dass das/die obige/n Gerät/e zur Hämodialyse (-filtration und -diafiltration) den Anforderungen an die apparative Ausstattung nach § 6 Nr. 1 (Gerät mit Volumenbilanzierung, Möglichkeit einer Dialyse mit High-Flux-Dialysatoren, Möglichkeit des Einsatzes von Acetat- als auch Bikarbonatdialysat) der seit dem 01. Oktober 1997 geltenden Dialyse-Vereinbarung in der derzeitigen Fassung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V entspricht/entsprechen und übernehmen die Haftung über die Richtigkeit der angegebenen Daten.

Ort/ Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/
Lieferanten