

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-221
Fax: 030 / 31 003-730

Praxisstempel

Gerätenachweis zur Durchführung von kernspintomographischen Leistungen

- nur vom Hersteller auszufüllen -

1. Eigentümer: _____
Praxisanschrift: _____
Standort der MRT-Einrichtung: _____

- Bitte ankreuzen:**
- Neugeräte
 - Austauschgeräte
(altes Gerät nicht mehr vorhanden)
 - Zusätzliches Gerät

2. Angaben über die kernspintomographische Einrichtung

Art: _____
Gerätetyp: _____
Hersteller: _____

Für Untersuchungen der Mamma:

Doppel-Mammaspule vorhanden: Ja Nein

Für angiologische und muskulo-skelettale Untersuchungen (einschließlich Gelenkuntersuchungen):
3D-Acquisition mit einer Aufnahmematrix von 256X256x64 Voxels oder kleiner bei einem
Voxelvolumen < 1 mm³; Rekonstruktion doppelt angulierter Schichten vorhanden:

Ja Nein

Apparative Ausstattung für Bestrahlungsplanung:

Ja Nein

Baujahr: _____

Datum der Inbetriebnahme: _____

2.1 Angaben über die kernspintomographische Einrichtung

Art: _____

Gerätetyp: _____

Hersteller: _____

Für Untersuchungen der Mamma:

Doppel-Mammaspule vorhanden: Ja Nein

Für angiologische und muskulo-skelettale Untersuchungen (einschließlich Gelenkuntersuchungen):
3D-Acquisition mit einer Aufnahmematrix von 256X256x64 Voxels oder kleiner bei einem
Voxelvolumen < 1 mm³; Rekonstruktion doppelt angulierter Schichten vorhanden:

Ja Nein

Apparative Ausstattung für Bestrahlungsplanung:

Ja Nein

Baujahr: _____

Datum der Inbetriebnahme: _____

3. Bestätigung

Als Gerätehersteller bestätigen wir hiermit, dass die vorstehende Kernspintomographie-Einrichtung den apparativen Anforderungen der Kernspintomographie-Vereinbarung (Anlage 1) vom 10.02.1993 in der derzeit gültigen Fassung entspricht.

Berlin, den _____

Unterschrift und Stempel