

BSNR: 72.....

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Qualitätssicherung Ultraschall  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

Fax-Nr. 31003-50730  
E-Mail: QS-Team-3@kvberlin.de

Berlin, den .....

### Abrechnungsgenehmigung für Ultraschall-Leistungen

• **Abmeldung: Ultraschall-Gerät bzw. Schallkopf/-köpfe**

Hiermit teile ich Ihnen mit, dass

- folgendes Ultraschall-Gerät seit dem ..... nicht mehr in Betrieb ist:

..... Gerätetyp	..... Herstellerefirma	..... Baujahr
--------------------	---------------------------	------------------

- **bzw.** folgende/r Schallköpfe/-kopf seit dem ..... nicht mehr in Betrieb ist/sind:

..... Schallkopfbezeichnung	..... MHz	..... Gerätetyp	..... Herstellerefirma	..... Baujahr
--------------------------------	--------------	--------------------	---------------------------	------------------

..... Schallkopfbezeichnung	..... MHz	..... Gerätetyp	..... Herstellerefirma	..... Baujahr
--------------------------------	--------------	--------------------	---------------------------	------------------

Diese Abmeldung gilt für folgende Ärzte (Ultraschall-Genehmigung jeweils vorhanden):

.....  
jeweils vollständiger Name

.....  
jeweils vollständiger Name

.....  
Unterschrift Ärztin/Arzt / Ärztliche/r Leiterin/Leiter

.....  
Vertragsarztstempel