

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Haldenhastr. 11
72770 Reutlingen

Absender/Stempel

E-Mail: qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de

Angaben zur apparativen Ausstattung in der Phototherapeutischen Keratektomie

Benutzer des Gerätes:

Name

Vorname

Anschrift

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Standort der Einrichtung / Eigentumsverhältnisse

Vertragsarztsitz (Hauptbetriebsstätte)

an abweichendem Standort (Nebenbetriebsstätte):

Straße, Nr.

PLZ

Ort

Gemeinschaftliche Nutzung mit

Name

Vorname

Betreiber des Geräts

Inbetriebnahme bzw. Mitbenutzung ab

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung der Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg mitzuteilen.

Bei mehreren Geräten bzw. Standorten bitte Gerätemeldung für jedes Gerät und/oder jeden Standort einreichen, Formular bitte ggf. kopieren.

Bitte beachten Sie, dass eine Genehmigung nur dann erteilt werden kann, wenn alle geforderten Angaben gemacht sind!

Diese Seite ist nur von der Hersteller-/ Lieferfirma auszufüllen!

Bestätigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

Wir bestätigen, dass das am Standort

Name

Vorname

Straße, Nr.

PLZ

Ort

ausgelieferte Gerät den apparativen Anforderungen der derzeit gültigen Vereinbarung zur phototherapeutischen Keratektomie entspricht.

Bezeichnung der Apparatur

Baujahr

CE-Kennzeichnung

Aufstellung des Gerätes am

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Hersteller- bzw. Lieferfirma