

Arztstempel



KVN

Kassenärztliche Vereinigung
Niedersachsen

Technischer Datenbogen
- Vakuumbiopsie unter Röntgenkontrolle -

Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Vakuumbiopsie unter Röntgenkontrolle der Brust

oder

Zusatzgerät

Gerätewechsel

Standortwechsel

Im Falle eines Gerätewechsels: Austausch Gerät für...

Firma, Typ:

Baujahr, Gerätenummer:

Datum Außerbetriebnahme:

Nutzer des Gerätes:

Lebenslange Arztnummer (falls bereits vergeben):

1.

2.

Standort des Gerätes:

Betriebsstättennummer ggf. Nebenbetriebsstätten-
nummer (falls bereits vergeben)

Gewährleistungserklärung - Vakuumbiopsie-
(nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

Für die Durchführung der beantragten Leistungen zur Vakuumbiopsie der Mamma wird das folgende Gerät eingesetzt:

Herstellerfirma:

(Adresse)

Geräte-Bezeichnung:

(Vollständige Herstellerangaben)

Geräte-Nummer:

(Seriennummer)

Baujahr:

Tag der Installation:

Formular: KVN-FQS-105-CEA

Das oben genannte Gerät weist folgende Eigenschaften auf (Bitte ankreuzen!):

Mammographieeinrichtung,
deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares digitales Bild liefert

technikgestützte Nadelführung

Vakuumbiopsiesystem

Vakuumbiopsienadel
mit Nadeldicken von 11 G oder dicker sowie passende Mikroclips

Hiermit wird versichert, dass das Gerät die Anforderungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust in der jeweils geltenden Fassung erfüllt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

Telefonnummer

Ansprechpartner