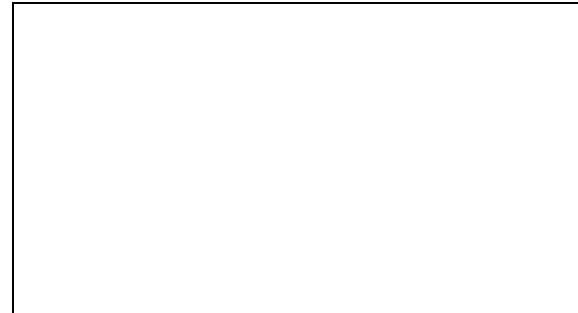


Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstraße 39
80687 München

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de



Stempel Antragsteller

Anlage zum Antrag photodynamische Therapie

Erklärung Apparatgemeinschaft

Für die Durchführung von vertragsärztlichen Leistungen steht mir das Lasergerät mit entsprechender CE-Kennzeichnung gemäß Medizinproduktegesetz der

Firma, Typ, Baujahr

der / des

Eigentümer der Apparatur

in

Standort der Apparatur (Straße, Hausnr., PLZ, Ort)

zur Verfügung.

Das Gebot der persönlichen Leistungserbringung erfordert beim Einsatz nichtärztlicher Mitarbeiter zur Durchführung delegierbarer Leistungen die persönliche Anleitung und Überwachung der Mitarbeiter durch den Arzt. Das setzt voraus, dass der Arzt in der Praxis bzw. am Ort der Leistungserbringung grundsätzlich anwesend ist.


Leistungen die nicht delegierbar sind, werden von mir persönlich oder einem hierfür qualifizierten angestellten Arzt oder genehmigten Assistenten erbracht.

Ich versichere, dass diese Voraussetzungen der persönlichen Leistungserbringung von mir bei der Nutzung der vorgenannten Apparatur erfüllt werden.

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.


Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter www.kvb.de/datenschutz. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Ort, Datum

_____ 

Unterschrift Antragsteller

Ort, Datum

_____ 

Stempel und Unterschrift Eigentümer der Apparatur