

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966  
E-Mail-Adresse: [VER.CoCQS@kvb.de](mailto:VER.CoCQS@kvb.de)

Stempel Antragsteller

### Anlage

zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Holmium-Laser-Behandlung bei benignem Prostatasyndrom (Holmium-Laser Enukleation oder –Resektion) nach der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Holmium-Laser bei benignem Prostatasyndrom (bPS)

### Gewährleistungserklärung

zu den apparativen Voraussetzungen des Lasergeräts nach § 4 Abs. 1 QSV

<b>Herstellerfirma:</b>	_____
<b>Typ:</b>	_____
<b>Baujahr:</b>	_____
<b>Standort Gerät:</b>	_____

Das oben bezeichnete **Lasergerät** erfüllt folgende apparativen Anforderungen:

- **CE-Kennzeichnung**
- **maximale Leistung von mindestens**
  - 80 Watt oder**
  - 50 Watt** (vgl. Übergangsregelung § 10 Abs. 1 Nr. 2 QSV)
- Die **Gebrauchsanweisung** des Lasergeräts liegt in **deutscher Sprache** vor und führt die Verwendung des Lasersystems zur Durchführung einer **Holmium-Laser-Enukleation** der Prostata oder **Holmium-Laser-Resektion** der Prostata **als Zweckbestimmung** inhaltlich auf.
- Das Gerät ist herstellereitig sowohl für den Betrieb **mit einmal- als auch mit wiederverwendbaren Fasern** vorgesehen.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Herstellers/der Lieferfirma

