

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

➔ Jetzt **online** beantragen in [MEINE KVB](#)

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

Anlage zum Antrag
Gewährleistungserklärung zu den apparativen Voraussetzungen des Lasergeräts nach
§ 4 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung (QSV) Laserbehandlung bei benignem
Prostatasyndrom

Antragsteller

Nutzer des Geräts	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____,	Vorname _____
Standort des Geräts	
BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
_____ Straße, Hausnummer, PLZ, Ort	

(nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

Holmium-Laser:	
Herstellerfirma:	_____
Typ:	_____
Baujahr:	_____
Standort Gerät:	_____
Das oben bezeichnete Lasergerät erfüllt folgende apparativen Anforderungen:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CE-Kennzeichnung ▪ maximale Leistung von mindestens 80 Watt ▪ Die Gebrauchsanweisung des Lasergeräts liegt in deutscher Sprache vor und führt die Verwendung des Lasersystems zur Durchführung einer Holmium-Laser-Enukleation sowie Holmium-Laser-Resektion der Prostata als Zweckbestimmung inhaltlich auf. ▪ Das Gerät ist herstellenseitig sowohl für den Betrieb mit einmal- als auch mit wieder-verwendbaren Fasern vorgesehen. 	

Thulium-Laser:	
Herstellerfirma:	_____
Typ:	_____
Baujahr:	_____
Standort Gerät:	_____
Das oben bezeichnete Lasergerät erfüllt folgende apparativen Anforderungen:	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ CE-Kennzeichnung 	

- **maximale Leistung von mindestens 70 Watt**
- Die **Gebrauchsanweisung** des Lasergeräts liegt in deutscher Sprache vor und führt die Verwendung des Lasersystems zur Durchführung einer **Thulium-Laser-Enukleation und der Thulium-Laser-Resektion** der Prostata als Zweckbestimmung inhaltlich auf.
- Das Gerät ist herstellerseitig sowohl für den Betrieb **mit einmal- als auch mit wieder-verwendbaren Fasern** vorgesehen.

KTP-Laser:

Herstellerfirma: _____

Typ: _____

Baujahr: _____

Standort Gerät: _____

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

- **CE-Kennzeichnung**
- **maximale Leistung von mindestens 80 Watt**
- Die **Gebrauchsanweisung** des Lasergeräts liegt in deutscher Sprache vor und führt die Verwendung des Lasersystems zur Durchführung einer **Photoselektiven Vaporisation** der Prostata als Zweckbestimmung inhaltlich auf.
- Das Gerät ist herstellerseitig sowohl für den Betrieb **mit einmal- als auch mit wieder-verwendbaren Fasern** vorgesehen.

LBO-Laser:

Herstellerfirma: _____

Typ: _____

Baujahr: _____

Standort Gerät: _____

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

- **CE-Kennzeichnung**
- **maximale Leistung von mindestens 120/180 Watt**
- Die **Gebrauchsanweisung** des Lasergeräts liegt in deutscher Sprache vor und führt die Verwendung des Lasersystems zur Durchführung einer **Photoselektiven Vaporisation** der Prostata als Zweckbestimmung inhaltlich auf.
- Das Gerät ist herstellerseitig sowohl für den Betrieb **mit einmal- als auch mit wieder-verwendbaren Fasern** vorgesehen.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Unterschrift des Herstellers/Vertreiber



Stempel Hersteller/Vertreiber