

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstr. 39  
80687 München

Faxnummer: 089/ 57093-61299  
E-Mail: [QS-Team-DMP@kvb.de](mailto:QS-Team-DMP@kvb.de)

### Anlage A - Bestätigung Spirometer

<b>Nutzer des Geräts</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____	Vorname _____

<input type="checkbox"/> Kaufbeleg oder Wartungsprotokoll liegt bei <b>oder</b> <input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass ich das Spirometer _____ (bitte genaue Bezeichnung angeben) <b>von</b> Titel _____ Name _____, Vorname _____ übernommen habe und an folgender Betriebsstätte einsetzen werde: BSNR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Adresse _____ <b>oder</b> <input type="checkbox"/> Hiermit bestätige ich, dass das Spirometer _____ (bitte genaue Bezeichnung angeben) portabel ist und ich dies an folgenden Betriebsstätten einsetzen werde: BSNR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Adresse _____ BSNR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Adresse _____ BSNR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _  Adresse _____
--

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass mit dem o. g. Gerät die Darstellung der Flussvolumenkurve, einschließlich in- und expiratorischer Messung sowie die graphische Registrierung und Dokumentation möglich ist.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt / BAG-Vertretungs-  
berechtigter/ MVZ-Vertretungsberechtigter



**Stempel Antragsteller**