

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Vogelsgarten 6
90402 Nürnberg

Stempel Antragsteller

Anlage

zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der phototherapeutischen Keratektomie mit dem Excimer – Laser

Gewährleistungserklärung

Nutzer des Geräts	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	

Standort des Geräts
BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Straße, Hausnummer, PLZ, Ort</p>

Gewährleistungserklärung

(ab hier nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

Für die Durchführung der beantragten Leistung wird das folgende Lasergerät eingesetzt:	
Herstellerfirma:	_____

	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort
Geräte-Bezeichnung:	_____
	Vollständige Herstellerangaben
Geräte-Nummer:	_____
	Seriennummer
Baujahr:	_____
Auslieferungsdatum:	_____

Das Lasergerät erfüllt die im Nachgang bestätigten Mindestanforderungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK.

Zutreffendes bitte ankreuzen

	erfüllt
Der Excimer-Laser ist geeignet, die oberflächlichen Anteile der Hornhaut (bis ca. 100 µm) durch thermische Laserimpulse abzutragen.	<input type="checkbox"/>
Nachweis CE-Kennzeichnung nach dem Medizinproduktegesetz	<input type="checkbox"/>

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

Telefonnummer

Ansprechpartner (Name in Druckbuchstaben)

