

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Team Sonographie
Eisenheimerstraße 39
80687 München



Einverständniserklärung zur Vernichtung der eingereichten Bildokumentation(en)

Arztname/LANR/Praxis: _____

BSNR: _____

Für die Geräte:

Gerät (Hersteller, Gerätetyp): _____

Bj., Gerätenummer: _____

Schallkopf/-köpfe (Sonden): _____

Gerät (Hersteller, Gerätetyp): _____

Bj., Gerätenummer: _____

Schallkopf/-köpfe (Sonden): _____

Hiermit bestätige ich, dass die eingereichten Bildokumentationen ausschließlich Kopien sind und nach erfolgreichem Abschluss der Prüfung von der KVB inklusive der Datenträger vernichtet werden können.

Ort, Datum

Unterschrift 