



**Inbetriebnahme eines neuen Kernspintomographen**

**Name:** .....

**LANR:** .....

**BSNR:** .....

**Praxisanschrift**

**Straße:**.....

**PLZ/Ort:**.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

**Folgender Kernspintomograph wird in Betrieb genommen:**

Hersteller: .....

Gerätebezeichnung: ..... Baujahr: .....

Standort des Gerätes: .....

Es handelt sich um einen „offenen“ Kernspintomographen

**Folgender Kernspintomograph wird ausgetauscht:**

Hersteller: .....

Gerätebezeichnung: ..... Baujahr: .....

Standort des Gerätes: .....

**Vom Antragsteller zu bestätigen**

**Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass:**

die KV Nordrhein die zuständige(n) Qualitätssicherungs-Kommission(en) beauftragen kann, den/die in Betrieb befindlichen Kernspintomographen daraufhin zu überprüfen, ob er/sie den Bestimmungen gemäß der Anlage I der Kernspintomographie-Vereinbarung bzw. der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie entspricht/entsprechen (**§ 6 Abs. 5 der Kernspintomographie-Vereinbarung und/oder § 8 Abs. 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie**)

(Ohne dieses Einverständnis kann eine Genehmigung **nicht** erteilt werden. Bei angestellten Ärzten muss das Einverständnis des anstellenden Arztes mit dessen Unterschrift bestätigt werden.)

.....  
**Ort/Datum**

.....  
**Unterschrift des Antragstellers ggf. des anstellenden Arztes/ärztlichen Leiter des MVZ**

.....  
**Vertragsarztstempel**

**Wichtiger Hinweis:**

**Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und fügen folgende Unterlagen bei**

- Gewährleistungsgarantie des Herstellers (einschließlich des technischen Datenbogens des Gerätes)

**Zusätzlich für die MR-Angiographie**

- Protokoll der sicherheitstechnischen Kontrolle (STK) des Injektors