



Inbetriebnahme einer neuen nuklearmedizinischen Apparatur

Name:

LANR:

BSNR:

Praxisanschrift

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

Folgende nuklearmedizinische Apparatur wird in Betrieb genommen:

Hersteller:

Gerätebezeichnung: Baujahr:

Standort des Gerätes:

Folgende nuklearmedizinische Apparatur 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, die in Betrieb befindliche(n) nuklearmedizinische(n) Apparatur(en) daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen entsprechen (**§ 14 Abs. 4 der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie**)
(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

- Bericht der Abnahmeprüfung nach § 115 StrlSchV. Aus dem Bericht müssen der aktuell einwandfreie technische Zustand des Gerätes und die Eignung des Gerätes für die beantragten Leistungen hervorgehen
- Kopie der Anmeldung des Gerätes bei der Ärztlichen Stelle