



**Inbetriebnahme eines neuen PET-Systems**

**Name:** .....

**LANR:** .....

**BSNR:** .....

**Praxisanschrift**

**Straße:**.....

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

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

**Folgendes PET-System wird in Betrieb genommen:**

Hersteller: .....

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

Standort des Gerätes: .....

**Folgendes PET-System 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) apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET-CT entspricht/entsprechen (**§ 9 Abs. 4 der der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT**).

(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**

- Anlage 1 zum Antrag PET-PET/CT - Gewährleistungsgarantie des Herstellers (einschließlich des technischen Datenbogens des Gerätes)
- Betriebserlaubnis bzw. Anzeigenbestätigung der Bezirksregierung für den CT-Anteil bei kombinierten PET/CT-Geräten