

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg  
Bezirksdirektion Reutlingen  
Geschäftsbereich  
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement  
Haldenhastr. 11  
72770 Reutlingen

**Absender/Stempel**

E-Mail: [qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de](mailto:qualitaetssicherung-genehmigung@kvbawue.de)

## Angaben zur apparativen Ausstattung in der PET, PET/CT

Benutzer des Gerätes: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Standort der Einrichtung / Eigentumsverhältnisse

- Vertragsarztsitz (Hauptbetriebsstätte)  
 an abweichendem Standort (Nebenbetriebsstätte, ausgelagerte Praxisräume):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Gemeinschaftliche Nutzung mit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Betreiber des Geräts

\_\_\_\_\_  
Inbetriebnahme bzw. Mitbenutzung ab

**Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung der Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg mitzuteilen.**

**Bei mehreren Geräten bzw. Standorten bitte Gerätemeldung für jedes Gerät und/ oder jeden Standort einreichen, Formular bitte ggf. kopieren.**

**Bitte beachten Sie, dass eine Genehmigung nur dann erteilt werden kann, wenn alle geforderten Angaben gemacht sind!**

**Diese Seite ist nur von der Hersteller-/ Lieferfirma auszufüllen!**

### **Bestätigung zur Vorlage bei der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg**

Hiermit wird bestätigt, dass das nachfolgend aufgeführte Gerät den Anforderungen an die apparative Ausstattung gemäß der derzeit gültigen Vereinbarung zur PET, PET/CT entspricht.

Gerätename / -typ: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Baujahr / installiert am: \_\_\_\_\_

- PET-Gerät
- kombiniertes PET/CT-Gerät

#### **Ausstattung,**

1.  PET-System mit einer räumlichen Auflösung von  $\leq 5,5$  mm
2.  PET-Gerät mit der Möglichkeit der technischen Bildfusion mit CT bzw. eines kombinierten PET/CT-Gerätes
3.  Möglichkeit zur semi-quantitativen Auswertung (SUV-Wert)

#### **Bestätigung des Herstellers bzw. der Lieferfirma**

Die Richtigkeit der Angaben über die apparative Ausstattung wird bestätigt. Das Gerät entspricht den Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung PET, PET/CT in der aktuell gültigen Fassung.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift, Stempel der Hersteller-/Lieferfirma