

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

Absender/Stempel

Henrike Fabian | Telefon 07121 917-2391 | Fax 07121 917-483859 | [henrike.fabian@kvbawue.de](mailto:henrike.fabian@kvbawue.de)

## Angaben zur apparativen Ausstattung in der Photodynamischen Therapie

Benutzer des Gerätes: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Standort der Röntgeneinrichtung / Eigentumsverhältnisse

Vertragsarztsitz (Hauptbetriebsstätte)

an abweichendem Standort (Nebenbetriebsstätte):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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**

Wir bestätigen, dass das am Standort

---

Name und Adresse

ausgelieferte Gerät den apparativen Anforderungen der derzeit gültigen Vereinbarung zur photodynamischen Therapie entspricht.

---

Bezeichnung der Apparatur

---

Baujahr

---

CE-Kennzeichnung

---

Aufstellung des Gerätes am

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift der Hersteller- bzw. Lieferfirma