

Bitte zurücksenden an:			
KVS- Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz PF 11 64 09070 Chemnitz	KVS- Bezirksgeschäftsstelle Dresden PF 10 06 41 01076 Dresden	KVS- Bezirksgeschäftsstelle Leipzig PF 24 11 52 04331 Leipzig	
Betreiberstempel			

Gerätemeldung über die verwendete Behandlungseinheit

1. Allgemeine Angaben

Name, Vorname	LANR:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort der Behandlungseinheit:	_____

BSNR/NBSNR:	_____

Gemeinsame Apparatennutzung:	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, Nutzungsvertrag ist beigefügt*)

2. Erklärung

Für die Angaben zur apparativen Ausstattung wird für jede Behandlungseinheit ein neuer Gerätemeldebogen inkl. Gewährleistungserklärung eingereicht.

Jede Änderung der genannten apparativen Ausstattung ist unverzüglich der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen anzuzeigen.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift(en) Praxisinhaber/Vertretungsberechtigter

*) Ein Nutzungsvertrag ist beizufügen, wenn die verwendete Behandlungseinheit von einer anderen Einrichtung genutzt wird, z. B. von einem Krankenhaus, einer anderen Praxis/MVZ.

Gewährleistungserklärung
(nur von der Hersteller-, Liefer- oder Servicefirma auszufüllen)

1 LDL-Apherese

Gemäß § 9 Abs. 2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage 1 Nr. 1 wird die LDL-Apherese nach folgendem Verfahren durchgeführt:

Eingesetztes Verfahren:

- Spezifische Verfahren:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> DALI | <input type="checkbox"/> HELP |
| <input type="checkbox"/> Immunadsorption | <input type="checkbox"/> Dextransulfatadsorption |

- Unspezifische Verfahren:

- Membran-Differential-Filtration (MDF)
- Sonstiges Verfahren:

Typ:..... ID/Anlage Nr.:

Hersteller: Baujahr: CE-Zeichen:

Gerätebesonderheiten:

.....

2 Immunapherese bei rheumatoider Arthritis

Die Immunapherese erfolgt gemäß § 9 Abs. 3 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage 1 Nr. 1 mittels Adsorbersäulen mit an Silikat gebundenem Staphylokokkenprotein-A:

Typ:..... ID/Anlage Nr.:

Hersteller: Baujahr: CE-Zeichen:

Gerätebesonderheiten:

.....

Die vorgenannte Behandlungseinheit erfüllt die Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) Klasse IIb und der Medizinbetrieberverordnung (MPBetreibV).

Die vorgenannte Anlage ist übergeben / betriebsfertig ab:

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Hersteller-, Liefer- oder Servicefirma
Telefonnummer	Ansprechpartner