

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	

Arztstempel

**Gerätemeldung**  
**über die verwendeten Geräte zur**  
**Durchführung und Abrechnung von Langzeit-elektrokardiographischen (LZ-EKG) Untersuchungen im**  
**Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung**  
*(vom Praxisinhaber/Vertretungsberechtigten auszufüllen)*

**1. Allgemeine Angaben**

<b>Eigentümer des Aufzeichnungsgeräts</b>	<b>Ggf. Angabe LANR:</b>
_____	_____

<b>Eigentümer des Auswertungsgeräts</b>	<b>Ggf. Angabe LANR:</b>
_____	_____

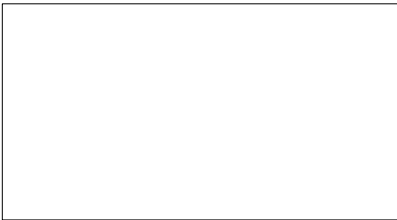
<b>Nutzer des Aufzeichnungsgeräts</b>	<b>LANR:</b>
<b>(Name, Vorname):</b>	
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

<b>Nutzer des Auswertungsgeräts</b>	<b>LANR:</b>
<b>(Name, Vorname):</b>	
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

**2. Erklärung**

Für die Angaben zur apparativen Ausstattung wird für jedes Aufzeichnungs- bzw. Auswertungsgerät ein neuer Gerätemeldebogen inkl. Gewährleistungserklärung eingereicht. Jede Veränderung des zugelassenen Aufzeichnungs- bzw. Auswertungsgeräts wird unverzüglich der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen mitgeteilt.

.....  
 Ort, Datum



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

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

Die Erbringung der Leistungen erfolgt mit einem **Aufzeichnungs- bzw. Auswertungsgerät** entsprechend der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen:

<b><u>Aufzeichnungsgerät</u></b>	
<b>Herstellerfirma:</b>	_____
	_____ (Adresse)
<b>Gerätebezeichnung/ Gerätetyp:</b>	_____ (vollständige Herstellerangaben)
<b>Gerätenummer:</b>	_____ (Seriennummer)
<b>Baujahr:</b>	_____
<b>CE-Kennzeichen:</b>	_____

<b><u>Auswertungsgerät</u></b>	
<b>Herstellerfirma:</b>	_____
	_____ (Adresse)
<b>Gerätebezeichnung/ Gerätetyp:</b>	_____ (vollständige Herstellerangaben)
<b>Gerätenummer:</b>	_____ (Seriennummer)
<b>Baujahr:</b>	_____
<b>CE-Kennzeichen:</b>	_____

Es wird bestätigt, dass die verwendeten Geräte den Anforderungen nach Abschnitt B der Vereinbarung zur Durchführung von Langzeit-elektrokardiographischen Untersuchungen vom 1. April 1992 sowie den Sicherheitsanforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) entsprechen.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Hersteller-, Liefer- oder Servicefirma

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner