

Arztstempel



kvt
Kassenärztliche
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen
Abteilung Qualitätssicherung
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Gerätemeldung

ANLAGE 1 zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Angaben zum CT Gerät:

Genauere Bezeichnung des Gerätes :

Baujahr:..... Hersteller/Vertreiber:

Neugerät (zusätzliches Gerät) Austauschgerät (bisheriges Gerät abgemeldet)

Apparategemeinschaft mit

Nutzer des CT Gerätes:	Optional: Lebenslange Arztnummer (LANR):
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

Standort des CT Gerätes	_____
	Adresse

	Betriebsstättennummer / ggf. Nebenbetriebsstättennummer
Einsatz des CT Gerätes durch den Antragsteller ab:	_____
	Datum

Dem Antrag in Kopie beigelegt:

Anzeigebestätigung

liegt bereits vor

Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung

liegt bereits vor

Weitere CT Geräte

Ist ein weiteres CT Gerät im Einsatz? ja nein

Falls ja, bitte Folgendes angeben:

Bezeichnung des Gerätes:

Hersteller / Vertreiber:

Im Einsatz seit /ab:

Ist ein weiteres CT Gerät im Einsatz? ja nein

Falls ja, bitte Folgendes angeben:

Bezeichnung des Gerätes:

Hersteller / Vertreiber:

Im Einsatz seit /ab:

Hiermit versichere ich, dass ich für die Leistungen der Computertomographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung die vorstehend genannte apparative Ausstattung verwende. Ich versichere, dass die in diesem Formular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Computertomographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des verantwortlichen Arztes / ärztlichen Leiters

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift des angestellten Arztes