

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 diagnostischen Positronenemissionstherapie  
(PET), diagnostischen Positronenemissionstherapie mit Computertomographie (PET/CT) im  
Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

### Apparative Voraussetzungen - Gewährleistungserklärung des Herstellers nach § 4 der QSV

Hersteller: .....

Gerätebezeichnung: .....

Baujahr/Installation: .....

Standort: .....

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

Wir bestätigen, dass das genannte Gerät die apparativen Anforderungen nach § 4 Nr. 1 bis 3 der QS-Vereinbarung PET, PET/CT erfüllt. Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

.....  
Ort und Datum

.....  
Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers