

Arztstempel

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**Gerätemeldung**

**ANLAGE 1** zum Antrag auf Genehmigung zur  
Ausführung und Abrechnung von Leistungen stereotaktischer Radiochirurgie bei  
Hirnmetastasen und Vestibularisschwannomen (SRS) im Rahmen der  
vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

**Angaben zum Gerät:**

Genauere Bezeichnung des Gerätes : .....

Baujahr:..... Hersteller/Vertreiber: .....

- Neugerät (zusätzliches Gerät)       Austauschgerät (bisheriges Gerät abgemeldet)
- Apparategemeinschaft mit .....

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

Standort des Gerätes:

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer / ggf. Nebenbetriebsstättennummer

Einsatz des Gerätes durch den Antragsteller ab:

\_\_\_\_\_

Datum

Dem Antrag in Kopie beigelegt:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Umgangsgenehmigung                      | <input type="checkbox"/> liegt bereits vor |
| <input type="checkbox"/> Prüfbericht zur Sachverständigenprüfung | <input type="checkbox"/> liegt bereits vor |

**Weitere Geräte**

Ist ein weiteres Gerät im Einsatz?  ja  nein

Falls ja, bitte Folgendes angeben:

Bezeichnung des Gerätes: .....

Hersteller / Vertreiber: .....

Im Einsatz seit /ab: .....

Ist ein weiteres 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 stereotaktischer Radiochirurgie bei Hirnmetastasen und Vestibularisschwannomen (SRS) 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 stereotaktischer Radiochirurgie bei Hirnmetastasen und Vestibularisschwannomen (SRS) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes / ärztlichen Leiters

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des angestellten Arztes