

Anlage zum Genehmigungsantrag

Erklärung Apparatgemeinschaft

(bei Apparatennutzung mit einer anderen Praxis/MVZ/Klinik)

Für die Durchführung von vertragsärztlichen Leistungen steht mir das folgende Gerät zur Verfügung:

Hersteller, Bezeichnung, Geräte-Nummer, Baujahr

Name des Eigentümers/Betreibers der Apparatur

Adresse des Gerätestandorts

Voraussetzung ist die entsprechende fachliche Qualifikation sowie die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Vakuumbiopsie der Brust durch die Kassenärztliche Vereinigung. Die finanziellen Bedingungen werden durch die Vertragspartner im einzelnen geregelt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Eigentümers/Betreibers
der Apparatur bzw. Leiter der Einrichtung

Stempel und Unterschrift des Nutzers der
Apparatur