

Bitte zurücksenden an:
Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Postfach 16 01 45
19091 Schwerin



(Arztstempel)

Anlage

zum Antrag auf Durchführung der photodynamischen Therapie am Augenhintergrund
gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V

Nutzer des Gerätes:	Lebenslange Arztnummer (falls bereits vergeben):
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort des Lasers (Photoaktivator):	_____
_____	_____
_____	_____
Betriebsstättennummer ggf. Nebenbetriebsstättennummer (falls bereits vergeben)	

Gewährleistungsgarantie – Photodynamische Therapie am Augenhintergrund - (nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

Für die Durchführung der beantragten photodynamischen Therapie am Augenhintergrund wird der folgende Laser (Photoaktivator) eingesetzt:	
Herstellerfirma:	_____ _____ _____
	(Adresse)
Geräte-Bezeichnung:	_____
	(vollständige Herstellerangaben)
Baujahr:	

Zutreffendes bitte ankreuzen
erfüllt

Das Gerät verfügt über eine CE- Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktgesetz. ☐

Der Laser (Photoaktivator) ist geeignet, den verabreichten Wirkstoff
(Photosensibilisator) ausreichend zu aktivieren. ☐

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers