

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



(Arztstempel)

Anlage

zum Antrag auf Durchführung der phototherapeutischen Keratektomie gemäß der
Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V vom 1.10.2007

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

Standort des Gerätes (Excimer-Laser):	
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Betriebsstättennummer ggf. Nebenbetriebsstättennummer
(falls bereits vergeben)

Gewährleistungsgarantie – Phototherapeutische Keratektomie - (nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

Für die Durchführung der beantragten phototherapeutischen Keratektomie wird der folgende Excimer-Laser eingesetzt:	
Herstellerfirma:	_____

	(Adresse)
Geräte-Bezeichnung:	_____
	(vollständige Herstellerangaben)
Baujahr:	_____

Zutreffendes bitte ankreuzen
erfüllt

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

Der Excimer-Laser ist geeignet, oberflächliche Anteile der Hornhaut
(bis ca. 100 µm Tiefe) durch thermische Laserimpulse abzutragen.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers