

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966  
E-Mail-Adresse: [VER.CoCQS@kvb.de](mailto:VER.CoCQS@kvb.de)

Stempel Antragsteller

## Anlage

zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der phototherapeutischen Keratektomie mit dem Excimer – Laser

### Gewährleistungserklärung

<b>Nutzer des Geräts</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____,	Vorname _____
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____,	Vorname _____
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____,	Vorname _____
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____,	Vorname _____

<b>Standort des Geräts</b>
BSNR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

## Gewährleistungserklärung

(ab hier nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

<b>Für die Durchführung der beantragten Leistung wird das folgende Lasergerät eingesetzt:</b>	
<b>Herstellerfirma:</b>	<hr/> <hr/>
	<hr/> <small>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort</small>
<b>Geräte-Bezeichnung:</b>	<hr/> <small>Vollständige Herstellerangaben</small>
<b>Geräte-Nummer:</b>	<hr/> <small>Seriennummer</small>
<b>Baujahr:</b>	<hr/>
<b>Auslieferungsdatum:</b>	<hr/>

**Das Lasergerät erfüllt die im Nachgang bestätigten Mindestanforderungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung PTK.**

**Zutreffendes bitte ankreuzen**

	<b>erfüllt</b>
Der Excimer-Laser ist geeignet, die oberflächlichen Anteile der Hornhaut (bis ca. 100 µm) durch thermische Laserimpulse abzutragen.	<input type="checkbox"/>
Nachweis CE-Kennzeichnung nach dem Medizinproduktegesetz	<input type="checkbox"/>

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner (Name in Druckbuchstaben)

