



Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Arztstempel

**- Herstellernachweis der apparativen Anforderungen  
nach § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Balneophototherapie -**

**Persönliche Daten:**

**Betreiber des/der Gerät(e):**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

**Lebenslange Arztnummer (falls bereits  
vergeben):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Standort des/der Gerät(e):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Betriebsstättennummer ggf. Nebenbetriebsstätten-  
nummer (falls bereits vergeben)

**Weitere Angaben**

**Vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen**

**Herstellerfirma:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Adresse)

\_\_\_\_\_

**Gerätetyp:**

(Vollständige Herstellerangaben)

\_\_\_\_\_

**Geräte-Nummer:**

(Seriennummer)

\_\_\_\_\_

**Auslieferungsdatum:**

	Ja	Nein
<b>Verfahren der asynchronen Photosoletherapie / Bade-PUVA-Therapie</b>		
für die asynchrone Photosoletherapie:		
- ein UV-B-Breitbandbestrahlungsgerät und/oder	o	o
- ein UV-B-Schmalband-Bestrahlungsgerät (UV-B 311 nm) und/oder	o	o
- ein Gerät mit selektiver UV-B-Bestrahlung (SUP) und/oder	o	o

für die Bade-PUVA-Therapie:

- ein UV-A-Breitband-Bestrahlungsgerät (keine selektive UV-A1-Bestrahlung)  
für die Rundum-Ganzkörperbestrahlung mit homogenem Bestrahlungsfeld: o      o

**Das/Die Gerät(e) verfügt/verfügen über folgende Voraussetzungen:**

- Eingabemöglichkeit der anzuwendenden Bestrahlungsdosis (z. B. in J/cm<sup>2</sup>) oder der Bestrahlungszeit o      o
  - Festlegungsmöglichkeit einer Höchstbestrahlungsdosis im Bestrahlungsgerät je UV-Strahlenart (UV-B und/oder UV-A) o      o
  - Permanente Messung der aktuellen UV-Bestrahlungsstärke durch eine im Bestrahlungsgerät integrierte Sensorik (integriertes UV Messgerät) mit automatischer Anpassung der Bestrahlungszeit o      o
- Wenn im Bestrahlungsgerät keine integrierte Sensorik vorhanden ist, ist ein auf das Emissionsspektrum abgeglichenes UV-Meter („UV-Handmessgerät“ bzw. im Folgenden „Hand-Dosimeter“ genannt) für Kontrollmessungen gemäß § 6 Abs. 3 vorzuhalten. o      o
- Automatische Abschaltung aller Leuchtmittel am Ende der Bestrahlung oder bei Öffnen der Tür o      o
  - Haltevorrichtung für den Patienten innerhalb der Bestrahlungskabine, Möglichkeit der Türöffnung von innen o      o
  - Möglichkeit zur Überwachung des Patienten während der Bestrahlung durch das Praxispersonal (z. B. durch Sichtfenster) o      o
  - Schutzvorrichtung bei speziellem Lampentyp, den sog. Hochdruckbrennern o      o

**Verfahren der synchronen Photosoletherapie**

UV-B-Schmalband-Bestrahlungsgerät (UV-B 311 nm) unter Verwendung von dafür nach der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) zugelassenen Behandlungssystemen o      o

**Das Gerät verfügt über folgende Voraussetzungen:**

- Eingabemöglichkeit der anzuwendenden Bestrahlungsdosis (z. B. in J/cm<sup>2</sup>) oder der Bestrahlungszeit o      o
  - Festlegungsmöglichkeit einer Höchstbestrahlungsdosis im Bestrahlungsgerät für UV-B o      o
  - Permanente Messung der aktuellen UV-Bestrahlungsstärke durch eine im Bestrahlungsgerät integrierte Sensorik (integriertes UVMessgerät) mit automatischer Anpassung der Bestrahlungszeit o      o
- Wenn im Bestrahlungsgerät keine integrierte Sensorik vorhanden ist, ist ein auf das Emissionsspektrum abgeglichenes Hand-Dosimeter für Kontrollmessungen gemäß § 6 Abs. 3 vorzuhalten o      o
- Automatische Abgabe von Aufforderungssignalen durch das Gerät, wenn der Patient den für die Rundum-Ganzkörperbestrahlung erforderlichen

Positionswechsel zwischen Bauch- und Rückenlage durchführen soll	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
- Automatische Abschaltung aller Leuchtmittel am Ende der Bestrahlung	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
- Schutzvorrichtung vor den Leuchtstoffröhren	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

**Hiermit wird ausdrücklich versichert, dass das/die umseitig aufgeführte(n) Gerät(e) zur Balneophototherapie die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Balneophototherapie in der gültigen Fassung erfüllt/erfüllen.**

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

---

Telefonnummer

---

Ansprechpartner