



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich
Qualitätssicherung / Sicherstellung

Nur von der Herstellerfirma auszufüllen

TECHNISCHE DATEN

Anlage 1

für die von Frau/Herrn:

Anschrift des Arztes:

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

benutzte radiologische Einrichtung.

Eigentümer d. Geräte(s):

Standort d. Geräte(s):

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....

(Genaue Bezeichnung der Apparatur)

(Name der Herstellerfirma)

.....
.....

.....
.....

Fabriknummer:.....

Baujahr:

Photodynamische Therapie - Gewährleistungsgarantie

Wir bestätigen, dass das o. g. Lasergerät über die CE-Kennzeichnung nach den EG-Richtlinien für Medizinprodukte verfügt und für die photodynamische Therapie am Augenhintergrund gemäß § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur photodynamischen Therapie am Augenhintergrund geeignet ist.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift der Herstellerfirma