Kassenärztliche Vereinigung NORDRHEIN

Kontakt: **Adriana Labiak**
Telefon: (0221) 7763-8169
Beatrix Sydon
Telefon: (0221) 7763-8035
E-Mail: mrt-nuk-radiologie@kvno.de

Inbetriebnahme einer neuen Mammographieeinrichtung

Name: .....

LANR: .....

BSNR: .....

Praxisanschrift

Straße: .....**PLZ/Ort:**.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Angestellte Ärztin / angestellter Arzt bei:

.....

Folgende Mammographieeinrichtung wird in Betrieb genommen:

Hersteller: .....

Gerätebezeichnung: ..... Baujahr: .....

Standort des Gerätes: .....

Folgendes Mammographieeinrichtung wird ausgetauscht:

Hersteller: .....

Gerätebezeichnung: ..... Baujahr: .....

Standort des Gerätes: .....

Vom Antragsteller zu bestätigen

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass:

die KV Nordrhein die zuständige(n) Qualitätssicherungs-Kommission(en) beauftragen kann, die in Betrieb befindliche(n) Mammographieeinrichtung(en) daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen gemäß der Anlage I der Mammographie-Vereinbarung entspricht/entsprechen (**§ 14 Abs. 7 der Mammographie-Vereinbarung)**
(Ohne dieses Einverständnis kann eine Genehmigung **nicht** erteilt werden. Bei angestellten Ärzten muss das Einverständnis des anstellenden Arztes mit dessen Unterschrift bestätigt werden.)

Nur zu bestätigen, wenn Bildwiedergabegerät und Filmbetrachtungsgerät gleichzeitig und in enger räumlicher Nähe für die Befundung betrieben werden
Ich bestätige, dass die Betrachtungsbedingungen gemäß der Mammographie-Vereinbarung eingehalten werden

digitaler Bildempfänger gemäß Anlage I Punkt 1.5.2 ☐

analoger Bildempfänger gemäß Anlage Ia Punkt 1.5.2 ☐

Nur zu bestätigen, bei Verwendung eines analogen Bildempfängers
Ich bestätige, dass das Filmbetrachtungsgerät bei Verwendung eines Film-Folien-Systems die erforderliche Leuchtdichte zwischen 3000 und 6000 cd/m² gemäß Anlage Ia Punkt 1.5.1 der Mammographie-Vereinbarung erreicht ☐

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers ggf. des anstellenden Arztes/ärztl. Leiter des MVZ

Vertragsarztstempel

W i c h t i g e r H i n w e i s :
Bitte füllen Sie das Formular vollständig aus und fügen folgende Unterlagen bei

- ☐ Betriebserlaubnis/Anzeigenbestätigung für das Gerät von der Bezirksregierung personenbezogen oder praxisbezogen und Kopie der Anzeige bei der Bezirksregierung,
- ☐ Gewährleistungsgarantie des Herstellers (einschließlich des technischen Datenbogens des Gerätes)
- ☐ aktueller Sachverständigenprüfbericht
- ☐ bei digitalen Bildempfängersystemen: Protokoll über die Prüfung nach PAS 1054 bzw. nach DIN 6868-162
- ☐ Abnahme an Bildwiedergabegeräte nach DIN V 6868-57