

Gerätebogen

Excimer-Laser für die phototherapeutische Keratektomie (PTK)

- Wir versichern, dass der Excimer-Laser _____
Bezeichnung
- Typ _____

- aufgestellt am _____

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- | Ja | Nein | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | geeignet ist, oberflächliche Anteile der Hornhaut bis ca. 100 µm Tiefe durch thermische Laserimpulse abzutragen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | über eine CE-Kennzeichnung gemäß dem Medizinproduktegesetz verfügt und |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | für die phototherapeutische Keratektomie geeignet ist. |

Ort / Datum

Unterschrift und Stempel der
Hersteller- bzw. Lieferfirma