



**Inbetriebnahme eines neuen Stereotaxie- bzw. Biopsiesystems
für die Durchführung der Vakuumbiopsie**

Name:

LANR:

BSNR:

Praxisanschrift

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ):

.....

Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) mit:

.....

Angestellte(r) Ärztin/Arzt bei:

.....

Folgendes Stereotaxie-/Biopsiesystem wird in Betrieb genommen:

Hersteller:

Gerätebezeichnung: Baujahr:

Standort des Gerätes:

Folgendes Stereotaxie-/Biopsiesystem wird ausgetauscht:

Hersteller:

Gerätebezeichnung: Baujahr:

Standort des Gerätes:

Vom Antragsteller zu bestätigen

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass folgende Mindestanforderungen an die apparative Ausstattung am Leistungsort erfüllt sind:

- Mammographieeinrichtung, deren stereotaktische Bildgebung ein unmittelbar verfügbares digitales Bild liefert
- technikgestützte Nadelführung
- Vakuumbiopsiesystem
- Vakuumbiopsienadeln mit Nadeldicken von 11 G oder dicker sowie passende Mikroclips

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis, dass:

- die KV Nordrhein die zuständige(n) Qualitätssicherungs-Kommission(en) beauftragen kann, die apparativen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen des § 4 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Vakuumbiopsie der Brust entsprechen.

(Ohne dieses Einverständnis kann eine Genehmigung **nicht** erteilt werden. Bei angestellten Ärzten muss das Einverständnis des anstellenden Arztes mit dessen Unterschrift bestätigt werden.)

Ort/Datum

**Unterschrift des Antragstellers ggf. des
anstellenden Arztes/ärztlichen Leiter des MVZ**

Vertragsarztstempel

Wichtiger Hinweis:

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,
- aktueller Sachverständigenprüfbericht