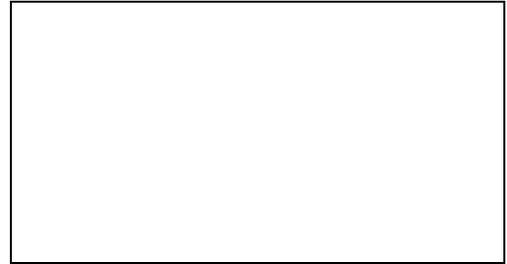


Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein  
**Abteilung Qualitätssicherung**  
Bismarckallee 1 – 6  
23795 Bad Segeberg  
Telefon: 04551 – 883-938  
Telefax: 04551 – 883-7938  
EMail:monika.nobis@kvsh.de



Arztstempel

### Anlage

zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Diagnostischen Positronenemissionstomographie (PET) und der Diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)

Nutzer des Gerätes:	Lebenslange Arztnummer (falls bereits vergeben):
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

<b>Standort des PET:</b>	_____
<b>Standort des PET-CT:</b>	_____
	_____

### Gewährleistungserklärung – PET/PET-CT (nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

<b>Für die Durchführung der beantragten Untersuchungen wird das folgende Gerät eingesetzt:</b>	
<b>Herstellerfirma:</b>	_____
	_____
	(Adresse)
<b>Geräte-Bezeichnung:</b>	_____
	(Vollständige Herstellerangaben)
<b>Geräte-Nummer:</b>	_____
	(Seriennummer)
<b>Baujahr:</b>	_____
<b>Auslieferungsdatum:</b>	_____

**Anforderung an die apparative Ausstattung gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur diagnostischen Positronenemissionstomographie, diagnostischen Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (QS-Vereinbarung PET, PET/CT § 4):**

Einsatz eines PET-Systems mit einer räumlichen Auflösung  $\leq 5,5$  mm

ja                       nein

Einsatz eines PET-Gerätes mit der Möglichkeit der technischen Bildfusion mit CT (Leistungen der PET) bzw. eines kombinierten PET/CT-Gerätes (Leistungen der PET/CT)

ja                       nein

Möglichkeit zur semi-quantitativen Auswertung (SUV-Wert)

ja                       nein

Geeignete Notfallausrüstung, bestehend aus:

- a. Frischluftbeatmungsgerät
- b. Absaugvorrichtung
- c. Sauerstoffversorgung
- d. Rufanlage
- e. Notfall-Arztkoffer

ja                       nein

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Herstellers

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner