

Bitte zurücksenden an:			
KVS	KVS	KVS	
Dienstort	Dienstort	Dienstort	
Chemnitz	Dresden	Leipzig	
PF 11 64	PF 10 06 41	PF 24 11 52	
09070 Chemnitz	01076 Dresden	04331 Leipzig	

Arztstempel

Gerätemeldung
für Geräte zur stereotaktischen Radiochirurgie (SRS)
(vom Praxisinhaber/Vertretungsberechtigten auszufüllen)

1. Allgemeine Angaben

Nutzer des Gerätes	LANR:
(Name, Vorname):	
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____

Standort des Gerätes	_____

BSNR/NBSNR:	_____

Gemeinsame Gerätenutzung:	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> ja, Nutzungsvertrag ist beigelegt*)

*) Ein Nutzungsvertrag ist beizufügen, wenn das verwendete Gerät von einer anderen Einrichtung genutzt wird, z. B. von einem Krankenhaus, einer anderen Praxis oder einem MVZ.

2. Erklärung

Für die Angaben zur apparativen Ausstattung wird für jedes Gerät ein neuer Gerätemeldebogen inkl. Gewährleistungserklärung eingereicht. Jede Veränderung des zugelassenen Gerätes und der behördlichen Genehmigungen wird unverzüglich dem zuständigen Fachbereich Qualitätssicherung der KVS mitgeteilt.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift(en) Praxisinhaber/Vertretungsberechtigter

Gewährleistungserklärung (nur von der Hersteller-, Liefer- oder Servicefirma auszufüllen)

Die Erbringung von Leistungen der stereotaktischen Radiochirurgie erfolgt mit einem Gerät, welches die Anforderungen des § 12 Abs. 3 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie erfüllt. Es handelt sich um

- einen dedizierten Linearbeschleuniger zur Durchführung von SRS oder
- einen stereotaxieadaptierten Linearbeschleuniger oder
- ein dediziertes Bestrahlungsgerät mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen zur Durchführung von SRS

Die Lagekontrolle des Zielvolumens während der SRS erfolgt mittels geeigneter technischer Maßnahmen (z. B. mittels Bildgebung, stereotaktischem Rahmen oder optoelektronisch).

Für die Behandlung des Vestibularisschwannoms soll die Referenzdosis im Zielvolumen mindestens 11 Gy betragen.

Das verwendete Gerät genügt weiterhin den Anforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV).

Herstellerfirma:	_____

	(Adresse)
Gerätebezeichnung/ Gerätetyp:	_____
	(vollständige Herstellerangaben)
Gerätenummer:	_____
	(Seriennummer)
Baujahr:	_____
CE-Kennzeichen:	_____

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift der Hersteller-, Liefer- oder Servicefirma
Telefonnummer	Ansprechpartner