



Technischer Datenbogen/Gewährleistungsgarantie

Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung **nuklearmedizinischer Leistungen** im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

Vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen!

Ergänzen Sie bitte fehlende Angaben in den farbig markierten Feldern und kreuzen Zutreffendes an!

Angaben zum Benutzer der/des Geräte(s): (bitte immer den/die Arztnamen angeben)	Anschrift:

Angaben zum Eigentümer der/des Geräte(s): (Name der Praxis, des MVZ, des Krankenhauses)	Angaben Standort der/des Geräte(s): (Anschrift)

Die Anlage wurde/wird am installiert.

Gerätebezeichnung/Typ:	
Baujahr:	
Hersteller/Vertreiber:	

Klasse I Planare Szintigraphie**a) Schilddrüse bei Verwendung von Radionukliden mit Energien**

Kameratyp A 1 (für Nuklide bis 200 KeV)



Kameratyp A 2 (für Nuklide bis 400 KeV)

**b) Herz bei Verwendung von Radionukliden mit Energien**

Kameratyp B 1 (für Nuklide bis 200 KeV)



Kameratyp B 2 (für Nuklide bis 400 KeV)

**c) alle Organe bei Verwendung von Radionukliden mit Energien**

Kameratyp C 1 (für Nuklide bis 200 KeV)



Kameratyp C 2 (für Nuklide bis 400 KeV)



Ganzkörperzusatz vorhanden:

**Klasse II Single-Photon-Emissions-Computertomographie SPECT****a) Hirn bei Verwendung von Radionukliden mit Energien****b) Herz bei Verwendung von Radionukliden mit Energien**

Kameratyp B 1 (für Nuklide bis 200 KeV)



Kameratyp D 1 (für Nuklide bis 200 KeV)



Kameratyp B 2 (für Nuklide bis 400 KeV)



Kameratyp D 2 (für Nuklide bis 400 KeV)

**c) alle Organe bei Verwendung von Radionukliden mit Energien**

Kameratyp C 1 (für Nuklide bis 200 KeV)



Kameratyp D 1 (für Nuklide bis 200 KeV)



Kameratyp C 2 (für Nuklide bis 400 KeV)	<input type="checkbox"/>
Kameratyp D 2 (für Nuklide bis 400 KeV)	<input type="checkbox"/>
Einkopf-SPECT bei zuvor angekreuzten Kameratypen vorhanden	<input type="checkbox"/>
Zwei- oder Mehrkopf-SPECT bei zuvor angekreuzten Kameratypen vorhanden	<input type="checkbox"/>

Klasse III	 Globale Messung der Radioaktivität über Organen mittels Einzelsonden	<input type="checkbox"/>
-------------------	--	--------------------------

Klasse IV	 Kompartimentanalysen und Nachweis von unbekanntem inkorporierten Radionukliden	<input type="checkbox"/>
------------------	--	--------------------------

Klasse V	 In-vitro-Diagnostik	<input type="checkbox"/>
-----------------	-----------------------------	--------------------------

Gewährleistungsgarantie

Hiermit wird ausdrücklich versichert, dass das/die zuvor aufgeführte(n) Gerät(e) der Klassen I - V die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen nach der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie (einschl. Anlage III) in der gültigen Fassung erfüllt/erfüllen.

Ort u. Datum

(Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers)