



Technischer Datenbogen/Gewährleistungsgarantie

Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der **Photodynamischen Therapie am Augenhintergrund** 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 des Lasers: (bitte immer den/die Arztnamen angeben) | Anschrift: |
| | |

| | |
|--|--|
| Angaben zum Eigentümer des Lasers: (Name der Praxis, des MVZ, des Krankenhauses) | Angaben Standort des Lasers: (Anschrift) |
| | |

Der Laser wurde/wird am an den Betreiber ausgeliefert.

| | |
|------------------------|-------|
| Gerätebezeichnung/Typ: | |
| Baujahr: | |
| Hersteller/Vertreiber: | |

Der Laser verfügt über eine CE-Kennzeichnung gemäß Medizinproduktegesetz.

Der Laser (Photoaktivator) ist geeignet, den verabreichten Wirkstoff (Photosensibilisator) ausreichend zu aktivieren.

.....

Ort u. Datum

.....

(Stempel und Unterschrift des
Herstellers/Vertreibers)