



**Technischer Datenbogen/Gewährleistungsgarantie**  
Anlage zum Genehmigungsantrag  
der **Photodynamischen Therapie am Augenhintergrund**

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch



**Vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen!**  
Ergänzen Sie bitte fehlende Angaben in den farbig markierten Feldern!

<b>Angaben zum Benutzer des Lasers:</b> (bitte immer den/die Arztnamen angeben)	<b>Anschrift:</b>

<b>Angaben zum Eigentümer des Lasers:</b> (Name der Praxis, des MVZ, des Krankenhauses)	<b>Angaben Standort des Lasers:</b> (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)**