



Technischer Datenbogen/Gewährleistungsgarantie

Anlage zum Genehmigungsantrag
der **Phototherapeutischen Keratektomie**

QR-Code nur für internen KVWL-Gebrauch



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

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 Excimer-Laser wurde/wird am an den Betreiber ausgeliefert.

Gerätebezeichnung/Typ:	
Baujahr:	
Hersteller/Vertreiber:	

Der Excimer-Laser verfügt über eine CE-Kennzeichnung gemäß Medizinproduktegesetz

Der Excimer-Laser ist geeignet, oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis ca. 100 µm Tiefe) durch thermische Laserimpulse abzutragen.

Ort u. Datum

**(Stempel und Unterschrift des
Herstellers/Vertreibers)**