

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/489968

Dünndarm-Kapselendoskopien

-Apparative Ausstattung-

Qualitätssicherungsvereinbarung zur Dünndarm-Kapselendoskopie
gemäß § 135 Abs. 2 SGB V

Betreiber

Titel, Vorname, Name: _____

BSNR: _____

NBSNR: _____

Ausgelagerte Praxisräume: _____
PLZ Ort, Straße, Hausnummer

Die Dünndarm-Kapselendoskopien werden mit folgendem Kapselendoskopie-System durchgeführt:

| |
|--------------------------|
| Systembezeichnung: _____ |
| Hersteller: _____ |
| CE-Kennzeichnung: _____ |

1. Anforderungen an die Kapsel

- a. Gewährleistung einer Betriebsdauer von mindestens 8 Stunden nach der Aktivierung. ja nein
- b. Möglichkeit einer Bilderstellung mit einer Frequenz von mindestens zwei Bildern pro Sekunde. ja nein
- c. Abbildung eines Sichtfeldes von mindestens 145 Grad. ja nein
- d. Darstellung eines scharfen Bildes („Schärfenbereich“) im Bereich von 0 – 20 mm. ja nein

- e. Abgrenzbarkeit von Strukturen von 0,1 mm oder kleiner durch eine entsprechende Auflösung. ja nein
- f. Darstellbarkeit der Kapsel in bildgebenden Verfahren. ja nein

2. Anforderungen an das Aufzeichnungsgerät

- a. Das Aufzeichnungsgerät gewährleistet eine Betriebsdauer von mindestens 8 Stunden Dauer, mindestens aber die gleiche Dauer wie die zugehörige zu verwendende Kapsel. ja nein
- b. Die Passagezeit wird durch das System protokolliert. ja nein

3. Anforderungen an die Auswertungseinheit

- a. Die von den Herstellern definierten technischen Anforderungen an die für die Auswertungen verwendete Auswertungseinheit werden erfüllt. ja nein
- b. Die Auswertungseinheit ermöglicht technisch die Voraussetzung für eine Archivierung entsprechend der vorgegebenen Aufbewahrungsfristen gemäß § 7 Abs. 5. ja nein
- c. Die Untersuchungsaufzeichnung ist einschließlich enthaltener Zeitmarker in Teilen und insgesamt aus der Auswertungseinheit auf andere Medien (z. B. Speicherung auf Datenträgern) exportierbar, so dass sie auch außerhalb der Einrichtung, welche die Auswertung vornimmt, durch Viewersoftware abspielbar ist. ja nein

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der abrechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut)