

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

www.kv-rlp.de/709428

MR-Angiographie

Gewährleistung der apparativen Ausstattung durch den Hersteller/Lieferanten

Qualifikationsvereinbarung zur MR-Angiographie

Betreiber

Name _____

Vorname _____

Standort MR-Angiographieanlage

PLZ, Ort _____

Straße, Hausnummer _____

Wir bestätigen, dass die nachstehend aufgeführte MR-Angiographie-Einrichtung den Anforderungen an die apparative Ausstattung nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie in der Fassung vom 1. Oktober 2015, entspricht.

1. Apparatur

Hersteller: Typenbezeichnung: _____

Seriennummer: Baujahr: _____

betriebsbereit ab/seit: _____

2. Anforderungen

- | | | | | | |
|------|--|----|--------------------------|------|--------------------------|
| 2.1 | Aufnahmen mittels Time-of-Flight(TOP)-, Phasenkontrast-(PC)- und kontrastmittelverstärkter (CE-)Technik | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| 2.2 | spezielle Hochfrequenzspulen für den jeweiligen Anwendungsbereich | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| 2.3 | minimale Schichtdicke ≤ 1 mm bei 3-D-Gradientenechosequenzen und ≤ 3 mm bei 2-D-Spinechosequenzen | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| 2.4 | Möglichkeit zu Herzaktion-gesteuerten Aufnahmen | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| 2.5 | Vorsättigung, Bewegungsartefakt-Kompensation und Flussrephasierung | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| 2.6 | die Anforderungen nach den Nummern 2.3 bis 2.5 müssen - soweit indiziert - in einer Aufnahmesequenz kombinierbar sein | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| 2.7 | Gradientenecho mit variablen Flipwinkeln als Multischichttechnik oder Einzelschnitte mit Aufnahmezeiten ≤ 10 Sekunden pro Aufnahmesequenz | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| 2.8 | Magnetfeldhomogenität ± 5 ppm über 400 mm Kugeldurchmesser. Die Magnetfeldhomogenität ist als größte Abweichung von einem mittleren Wert der Magnetflussdichte, gemessen in mindestens neun Ebenen, die das geforderte Volumen ausfüllen und annähernd gleichen Winkelabstand haben, im Verhältnis zum mittleren Wert der Magnetflussdichte anzugeben. | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| 2.9 | bei allen Aufnahmen muss bei einem Field of View von 250 mm eine Aufnahmematrix von mindestens 256 x 256 Bildpunkten eingehalten werden können | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |
| 2.10 | 3-D-Akquisition mit einer Aufnahmematrix von 256 x 256 x 64 Voxel oder kleiner bei einem Voxelvolumen ≤ 1 mm ³ ; Rekonstruktion doppelt angulierter Schichten | ja | <input type="checkbox"/> | nein | <input type="checkbox"/> |

3. Zusätzlich spezielle Anforderungen mittels Kontrastmittelverstärker (CE-) Technik

- 3.1 Möglichkeit zur (Kontrastmittel-) Bolustriggerung
(mittels Bolustiming oder Bolustracking) ja nein
- 3.2 Verwendung eines Injektors zur automatisierten und reproduzierbaren
Gabe von Kontrastmittel sowie unmittelbar im Anschluss zu
applizierender Spüllösung ja nein
- 3.3 Sofern Leistungen nach der Nummer 34489 des EBM ausgeführt
und abgerechnet werden, muss gewährleistet sein, dass
Aufnahmen der Becken- und Beinarterien mit einer einmaligen
Kontrastmittelgabe durchgeführt werden können ja nein

Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers bzw. vom
Hersteller autorisierten Lieferanten