

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

www.kv-rlp.de/952299

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft in der vertragsärztlichen Versorgung

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass die Praxis

Name, PLZ Ort, Straße (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

BSNR

ab dem _____ folgende Geräte in meiner/unserer Praxis bzw. im Krankenhaus mit nutzt:

Gerät

Betreiber:

Name, PLZ Ort, Straße (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

Gerätetyp:

Name (Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!)

SVP-Nr. und Datum: _____

Der Prüfbericht (nicht älter als 5 Jahre) liegt der KV RLP vor ist beigelegt.

Datum

Unterschrift/Stempel der Antragstellenden

Datum

Unterschrift/Stempel Vertragsarzt/Krankenhaussträger/
MVZ/Institut als Betreiber der Röntgeneinrichtung