

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326
www.kv-rlp.de/271696

Gewährleistungserklärung-Ultraschall Diagnostik

- Zusatzgerät Gerätewechsel Standortwechsel Leihgerät
 Zusatzschallkopf Schallkopfwechsel

Nutzer des Gerätes:	Lebenslange Arztnummer (falls bereits vergeben):
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____

Standort des Ultraschallsystems:	_____
_____	_____
_____	_____
Betriebsstättennummer ggf. Nebenbetriebsstättennummer (falls bereits vergeben)	_____

nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen

Für die Durchführung der beantragten Ultraschalluntersuchungen wird das folgende Ultraschallsystem bzw. die folgenden Ultraschallsysteme¹ eingesetzt:		
Herstellerfirma:	_____	
	(genaue Bezeichnung und Adresse)	

Geräte-Bezeichnung:	_____	
	(Vollständige Herstellerangaben)	
	<input type="checkbox"/> Es handelt sich um ein Ultraschallsystem mit mobilem Endgerät . → zusätzliche Anlage einreichen!	
Geräte-Nummer:	_____	
	(Seriennummer)	
Baujahr:	_____	
Auslieferungsdatum:	_____	
Schallkopf – Beispiel:	<i>Typ: Linear-Array</i>	<i>Bezeichnung: 7,5 L 40+ Frequenz: 5,0 - 9,0 MHz</i>
Schallkopf 1	Typ: _____	Bezeichnung: _____ Frequenz: _____ MHz
Schallkopf 2	Typ: _____	Bezeichnung: _____ Frequenz: _____ MHz
Schallkopf 3	Typ: _____	Bezeichnung: _____ Frequenz: _____ MHz
Schallkopf 4	Typ: _____	Bezeichnung: _____ Frequenz: _____ MHz
Schallkopf 5	Typ: _____	Bezeichnung: _____ Frequenz: _____ MHz

¹ Ein Ultraschallsystem im Sinne des § 2 c der Ultraschall-Vereinbarung ist ein Gerät zur Ultraschall Diagnostik, bestehend aus Gerätekonsole, Schallkopf, Monitor und Dokumentationseinheit.

Allgemeine Angaben

Zutreffendes bitte ankreuzen:

Das Ultraschallsystem bzw. die Ultraschallsysteme erfüllen die allgemeinen Bestimmungen hinsichtlich der Gerätesicherheit und der technischen Leistungsfähigkeit (Ultraschall-Vereinbarung, § 9 Abs. 1 insbesondere Anlage III Punkt 1 und 2).

Die Geräteeinweisung bei der erstmaligen Inbetriebnahme des Gerätes ist entsprechend erfolgt und dokumentiert (§ 9 Abs. 3).

Schallköpfe Endosonographie:
Ein Gutachten zu mindestens einem wirksamen und materialverträglichen Desinfektionsverfahren liegt vor (§ 9 Abs. 4).

Das Ultraschallsystem bzw. die Ultraschallsysteme mit den aufgeführten Schallköpfen erfüllen die im Nachgang bestätigten Mindestanforderungen der Anwendungsklassen (AK) nach Anlage III der Ultraschall-Vereinbarung.

Zutreffendes bitte ankreuzen:

			Erfüllt:
1. Gehirn			
AK 1.1	Gehirn durch die offene Fontanelle	B-Modus	<input type="checkbox"/>
2. Auge			
AK 2.1	Gesamtes Auge	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.2	Gesamtes Auge	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.3	Biometrie des Auges	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.4	Biometrie des Auges	A-Modus (autom. Laufzeitmessung)	<input type="checkbox"/>
AK 2.5	Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 2.6	Pachymetrie zur Messung der Hornhautdicke des Auges	B-Modus	<input type="checkbox"/>
3. Kopf und Hals			
AK 3.1	Nasennebenhöhlen	A-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.2	Nasennebenhöhlen	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.3	Gesichtsweichteile, Halsweichteile, Speicheldrüsen	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 3.4	Schilddrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>

4. Herz und herznahe Gefäße			Erfüllt:
AK 4.1	Herz und herznahe Gefäße, transkutan - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.2	Herz und herznahe Gefäße, transkutan - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.3	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.4	Herz und herznahe Gefäße, transoesophageal - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus mit M-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.5	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 4.6	Herz unter physikalischer oder pharmakodynamischer Belastung - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus	<input type="checkbox"/>
5. Thorax			
AK 5.1	Thoraxorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 5.2	Thoraxorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
6. Brustdrüse			
AK 6.1	Brustdrüse	B-Modus	<input type="checkbox"/>
7. Abdomen und Retroperitoneum (einschl. Nieren)			
AK 7.1	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Niere, transkutan - Jugendliche, Erwachsene	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 7.2	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkutan - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 7.3	Abdomen, Retroperitoneum einschl. Nieren, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
8. Uro-Genitalorgane			
AK 8.1	Uro-Genitalorgane (Penis und Skrotum), transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.2	Sonstige Uro-Genitalorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.3	Uro-Genitalorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.4	Weibliche Genitalorgane, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 8.5	Weibliche Genitalorgane, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
9. Schwangerschaftsdiagnostik			
AK 9.1	Schwangerschaftsdiagnostik, transkutan	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 9.2	Schwangerschaftsdiagnostik, transkavitär	B-Modus	<input type="checkbox"/>
10. Bewegungsapparat			
AK 10.1	Bewegungsapparat	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 10.2	Bewegungsapparat (Säuglingshüfte)	B-Modus	<input type="checkbox"/>
11. Venen			
AK 11.1	Venen der Extremitäten	B-Modus	<input type="checkbox"/>
12. Haut und Subkutis			<input type="checkbox"/>
AK 12.1	Haut einschl. Subkutis	B-Modus	<input type="checkbox"/>
AK 12.2	Haut (subkutanes Gewebe einschl. Lymphknoten)	B-Modus	<input type="checkbox"/>

20. Doppler-Gefäße **Erfüllt:**

AK 20.1	Extrakranielle Gefäße, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.2	Gefäße der Extremitäten, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.3	Gefäße des männlichen Genitalsystems, Doppler	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.4	Gefäße des männlichen Genitalsystems, Doppler	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.5	Intrakranielle Gefäße, Doppler	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 20.6	Extrakranielle Gefäße, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.7	Intrakranielle Gefäße, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.8	Gefäße der Extremitäten, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.10	Gefäße des Abdomens, Retroperitoneums und Mediastinum, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>
AK 20.11	Gefäße des weiblichen Genitalsystems, Duplex	Duplex	<input type="checkbox"/>

Farbkodierte Dopplersonographie ist möglich ja nein

21. Doppler-Herz und herznahe Gefäße

AK 21.1	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transkutan - Jugendliche, Erwachsene	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.2	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transkutan - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.3	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transkutan - Jugendliche, Erwachsene	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.4	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transkutan - Neugeborene, Säuglinge, Kleinkinder, Kinder	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.5	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transoesophageal	CW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.6	Herz und herznahe Gefäße, Doppler, transoesophageal	PW-Doppler	<input type="checkbox"/>
AK 21.7	Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transkutan	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
AK 21.8	Herz und herznahe Gefäße, Farbduplex, transoesophageal	Farbduplex	<input type="checkbox"/>

22. Doppler-Schwangerschaftsdiagnostik

AK 22.1	Fetales kardiovaskuläres System, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
AK 22.2	Fetomaternales Gefäßsystem, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>

23. Nerven und Muskeln

AK 23.1	Nerven und Muskeln, Farbduplex	Farbduplex	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------------	------------	--------------------------

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben werden bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

Telefonnummer

Ansprechpartner

➔ Bitte beachten Sie bei Ultraschallsystemen mit **mobilen Endgeräten** die ergänzende Anlage zur Gewährleistungserklärung-Ultraschalldiagnostik.