Bestätigungsformular Stoßwellengerät

gem. Anlage 2 – Strukturzuschlag Q11

Hiermit bestätige ich, dass ich folgendes Stoßwellengerät im Praxisgebäude nutze:

_____

Name des Geräts (und wenn möglich Seriennummer und/ oder Typenbezeichnung)

Zutreffendes bitte ankreuzen: ☐ radiäres Gerät

☐ fokussiertes Gerät

Mir ist bekannt, dass mein Stoßwellengerät gem. § 6 der Medizinprodukte-Betreiberverordnung (MPBetreibV) in angemessenen Fristen, spätestens nach zwei Jahren, einer sicherheitstechnischen Kontrolle (STK) zu unterziehen ist. Falls diese nicht erfolgt informiere ich die MEDIVERBUND AG.

_____

Datum **Unterschrift** **Name in Druckbuchstaben**

_____

Straße **PLZ** **Ort** **Praxisstempel**

Der ESWT-Zuschlag wird erstmalig in dem Quartal bezahlt, in dem das Bestätigungsformular der MEDIVERBUND AG vorgelegt wurde.

ACHTUNG: Änderungen dieser Abrechnungsvoraussetzung sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.

Bitte per Fax an 0711 - 80 60 79 566 oder per Post an die
MEDIVERBUND AG, Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart