

 <b>KV SAARLAND</b> <small>KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG</small>	<b>Formular</b>  <b>Änderungsmeldung zu Ultraschallgeräten</b>	Bereich QS/QM
		Stand 01.04.2020
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 1

**Bitte per Post, Fax oder Mail zurücksenden an:**

Kassenärztliche Vereinigung Saarland  
Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement  
 Europaallee 7 – 9  
 66113 Saarbrücken

Fax: 0681 99837-530

Mail: [qualitaetsversicherung@kvsaarland.de](mailto:qualitaetsversicherung@kvsaarland.de)

\_\_\_\_\_  
 Praxis / Einrichtung BSNR

Anschrift

**Ultraschallgerät**

\_\_\_\_\_  
 Bezeichnung / Gerätenummer / Baujahr

**Art der Änderung**

- Abmeldung
- Anmeldung → Bitte Gewährleistungserklärung beifügen.
  - als Zusatzgerät (Bisher gemeldete Geräte werden weiterhin genutzt.)
  - als Austauschgerät (Das folgende Gerät wird nicht mehr genutzt.)

\_\_\_\_\_  
 Bezeichnung / Gerätenummer / Baujahr

- Schallkopfänderung → Bitte aktualisierte Gewährleistungserklärung beifügen.  
 (z. B. Zusatzanschaffung, Austausch oder Aussonderung von Schallköpfen)
- Standortwechsel

\_\_\_\_\_  
 Anschrift und BSNR des neuen Gerätestandortes

Sonstiges

**Anzahl der Geräte in der Praxis:** \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner bei Gerätefragen:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Datum Unterschrift Stempel