



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**Nur von der Herstellerfirma auszufüllen**

**TECHNISCHE DATEN**

Anlage 1

für die von Frau/Herrn:

Anschrift des Arztes:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

benutzte radiologische Einrichtung.

Eigentümer d. Geräte(s):

Standort d. Geräte(s):

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

(Genaue Bezeichnung der Apparatur)

(Name der Herstellerfirma)

.....  
.....

.....  
.....

Fabriknummer:.....

Baujahr: .....

**Phototherapeutische Keratektomie - Gewährleistungsgarantie**

Der Laser wurde/wird am: ..... an den Betreiber ausgeliefert.

Wir bestätigen, dass das nachstehende Lasergerät über die CE-Kennzeichnung nach den EG-Richtlinien für Medizinprodukte verfügt. Der Laser ist geeignet, oberflächliche Anteile der Hornhaut (bis ca. 100 µm Tiefe) durch thermische Laserimpulse abzutragen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift der Herstellerfirma