

Anzeige Abmeldung/Wechsel des Ultraschall-Gerätes/Schallköpfe

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Pappelallee 5
14469 Potsdam

Frau/Herr
Name
Anschrift

Plz, Ort

Abmeldung: Ultraschall-Gerät

Geräte-Bezeichnung	Geräte-Nummer	Baujahr
.....

Nutzer des Gerätes

.....

.....

.....

.....

Standort des Ultraschall-Gerätes (Straße, Ort)

.....

Datum der Außerbetriebnahme

.....

Abmeldung: Schallkopf/-köpfe

Name des Schallkopfes	Zugehöriges Ultraschall-Gerät
.....

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des ärztlichen Leiters
bzw. des anstellenden Vertragsarztes