

Engagiert für Gesundheit.

Email: [mrt-nuk-radiologie@kvno.de](mailto:mrt-nuk-radiologie@kvno.de)

Fax-Nr. 0211 / 5970 - 33129

**Anlage zum Antrag auf Genehmigung auf Durchführung von Leistungen  
der Stereotaktischen Radiochirurgie (SRS)**

(pro Gerät ist jeweils ein Formular auszufüllen)

Name: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

Praxisanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Standort des Gerätes:

wie Praxisanschrift

**oder**

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

**Herstellereklärung  
(nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)**

Für die Durchführung der beantragten SRS wird folgendes Gerät eingesetzt:

Herstellerfirma: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geräte-Bezeichnung: \_\_\_\_\_  
(Vollständige Herstellerangaben)

Geräte-Nummer: \_\_\_\_\_  
(Seriennummer)

Baujahr: \_\_\_\_\_

Auslieferungsdatum: \_\_\_\_\_

**Es handelt sich um ein folgendes Bestrahlungsgerät:**

Dezidiertes Linearbeschleuniger zur Durchführung von SRS

Stereotaxie-adaptierter Linearbeschleuniger

Dezidiertes Bestrahlungsgerät mit Kobalt-60-Gamma-Strahlungsquellen zur Durchführung von SRS

Hiermit wird ausdrücklich versichert, dass das aufgeführte Gerät die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen nach der „Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie“ zur Durchführung der SRS erfüllt.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner