**Formular zur Erklärung des Einvernehmens zur Informationsübermittlung nach § 137h Absatz 1 Satz 1 SGB V**

**Abschnitt III B**

# Abschnitt III B Erklärung des Einvernehmens des Medizinprodukteherstellers

|  |
| --- |
| Die Angaben unter den Nummern 1 und 2 sind von dem anfragenden Krankenhaus, das eine erstmalige NUB-Anfrage zu der unter 3.2 genannten Methode gestellt hat (im Folgenden: Krankenhaus), zu machen.Die Angaben unter den Nummern 3 bis 5 in diesem Abschnitt sind **vom Hersteller** desjenigen Medizinprodukts hoher Risikoklasse zu machen, auf dem die technische Anwendung der unter 3.2. genannten Methode (im Folgenden: Methode) maßgeblich beruht und welches bei dieser Methode im Krankenhaus zur Anwendung kommen soll.*Beruht die technische Anwendung maßgeblich auf dem Einsatz* ***verschiedenartiger Medizinprodukte*** *hoher Risikoklasse, hat mindestens einer der betroffenen Hersteller je verschiedenartigen Medizinprodukt sein Einvernehmen nach diesem Formular zu erteilen.* |

|  |
| --- |
| 1. **1. Krankenhaus**
 |
| 1.1 Name  |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |
| 1.2 Anschrift |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **2. Anfrage nach § 6 Absatz 2 Satz 3 des Krankenhausentgeltgesetzes (NUB-Anfrage)** *Beachten Sie bitte, dass die folgenden Angaben mit denen im Abschnitt I Nummer 4.2 a) und b) übereinstimmen sollen.*  |
| 2.1Angefragte Untersuchungs- und Behandlungsmethode\* |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |
| 2.2 Alternative Bezeichnung(en) der Methode |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |

*Die folgenden Nummern 3 bis 5 sind vom Hersteller auszufüllen.*

|  |
| --- |
| **3. Angaben zum Hersteller und zum Medizinprodukt** |
| 3.1 Name des Herstellers |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben.  |
| 3.2 Anschrift |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |
| 3.3 Name des Medizinprodukts |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **4. Ansprechpartnerin / Ansprechpartner**  |
| 4.1 Name  |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |
| 4.2 Anschrift  |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |
| 4.3 E-Mail |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |
| 4.4 Telefon- und Telefaxnummer |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |

|  |
| --- |
| **5. Erklärung des Einvernehmens**Hiermit erklärt der unter Nummer 3 genannte Medizinproduktehersteller sein Einvernehmen dazu, dass die Informationen über den Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu der angegebenen Methode von dem anfragenden Krankenhaus an den G-BA übermittelt werden. Der ausgefüllte und unterzeichnete Abschnitt III A nebst Anlagen wird von dem unter Nummer 3 genannten Medizinproduktehersteller[ ]  dem Krankenhaus für die Informationsübermittlung an den G-BA zur Verfügung gestellt.[ ]  unmittelbar an den G-BA (in Kopie an das Krankenhaus) übermittelt. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum**  | **Name der Unterzeichnerin /des Unterzeichners** | **Unterschrift** |
| TT.MM.JJJJ | Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |  |
| Klicken Sie hier, um einen Text einzugeben. |