



Antrag
auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Bestimmung
der otoakustischen Emissionen, Nr. 09324 oder 20324 EBM

ANTRAGSTELLER/-IN:

(Titel, Vorname, Name)

(Fachgruppe)

(Praxisadresse, Telefon)

Folgende Qualifikations- und Gerätenachweise sind vom Antragsteller zu erbringen:

1. **EBM-Nr. 09324**
Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung
"Arzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde" oder

2. **EBM-Nr. 20324**
Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung
Arzt für Phoniatrie und Pädaudiologie"

Ich besitze die Facharztanerkennung seit dem _____ .

FA-Urkunde habe ich beigelegt.

FA-Urkunde liegt der KV vor.

3. **Gewährleistungsgarantie des Herstellers**
über die Erfüllung der apparativen Voraussetzungen

(Ort, Datum)

(Unterschrift, Vertragsarztstempel)

Eine Abrechnungsgenehmigung kann Ihnen nur erteilt werden, wenn die fachlichen **und** apparativen Voraussetzungen vorliegen.

Gewährleistungsgarantie des Herstellers

für das benutzte Gerät zur Bestimmung der otoakustischen Emissionen

Angaben zum Gerätetyp:

(Herstellername)

(Gerätebezeichnung, Typ, Baujahr, Gerätenummer)

1. Die Reproduzierbarkeit des Messergebnisses (z. B. Korrelation zwischen Ergebnissen mehrerer im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang am selben Patienten gewonnener Messreihen) ist gewährleistet.

ja nein

2. Die Kontrolle der Stabilität der Messsondenposition und der Stimulusqualität durch die zeitliche Darstellung von Reiz und Reizantwort oder durch registrierte Angabe der Artefakte ist gewährleistet.

ja nein

3. Die Hardware- und softwaremäßige Artefakterkennung und -unterdrückung (reizbedingte Artefakte, Bewegungsartefakte, Störgeräuschpegel) sind gewährleistet.

ja nein

4. Die Angaben der Fehlerhäufigkeit des laufenden Messvorgangs sind gewährleistet.

ja nein

5. Die Anzeige des Messablaufes einschließlich der o. g. Kontrollen auf Bildschirm und die Dokumentation der Ergebnisse unter Einschluss der Kontrollen sind gewährleistet.

ja nein

Die Erfüllung aller o. g. Anforderungen an das genutzte Gerät werden vollständig erfüllt und hiermit bestätigt.

(Ort, Datum)

(Name des Bearbeiters)

(Herstellerstempel)