

E-Mail	genehmigung@kvhb.de
Fax	0421/3404-347

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

- Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragten Leistungen erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, zu dem Ihnen die Genehmigung erteilt worden ist.
- Fügen Sie dem Antrag bitte die erforderlichen Nachweise bei.
- Bitte senden Sie den vollständigen Antrag an oben genannte E-Mail oder Fax-Nummer oder alternativ an die KV Bremen, Schwachhauser Heerstraße 26/28, 28209 Bremen.

### I. Angaben zum Leistungserbringer

ggf. Titel, Vorname, Name	
Wohnanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde)	
E-Mail-Adresse	
Telefonnummer	
Betriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
Nebenbetriebsstätte (PLZ, Ort, Straße, Hausnummer)	
weitere Nebenbetriebsstätte	

Im Bereich der KV HB tätig ab/seit	
LANR (falls bekannt)	

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Abrechnungsgenehmigung durch eine andere KV

Die Berechtigung zur Ausführung und Abrechnung wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.

ja (bitte Bescheid beifügen)  nein

Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?

ja  nein.

Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung füge ich bei.

## III. Qualifikations- und Gerätenachweis

Folgende Qualifikations- und Gerätenachweise sind vom Antragsteller zu erbringen:

### EBM-Nr. 09324 :

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung "Arzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde"

oder

### EBM-Nr. 20324 :

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Arzt für Phoniatrie und Pädaudiologie“

- FA-Urkunde bitte beifügen

Gewährleistungsgarantie des Herstellers über die Erfüllung der apparativen Voraussetzungen

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

**Wichtiger Hinweis:** Bitte füllen Sie das Antragsformular vollständig aus. Fügen Sie diesem Antrag alle Unterlagen bei (z.B. Zeugnisse, Bescheinigungen, Zertifikate, Facharztanerkennung...), die nach der Vereinbarung unbedingt vorzulegen sind.

**Ich versichere die Richtigkeit der gemachten Angaben.**

# 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