

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

Bestimmung der otoakustischen Emissionen

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Bestimmung der otoakustischen Emissionen nach der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der Vertragsärztlichen Versorgung

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung
Team 1

Heike Sentner
Tel 069 24741-6649
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.5@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Allgemeine Angaben

Persönliche Angaben

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatanschrift _____

 _____  _____  _____

Geburtsdatum: _____ Datum der Approbation: _____

Angaben zur Tätigkeit

Vertragliche Tätigkeit beantragt am _____ für folgende Fachrichtung: _____

Aufnahme der Tätigkeit geplant zum _____ Tätigkeit aufgenommen am _____

Beginn der beantragten Abrechnungsgenehmigung

Ab dem Datum, zu dem die Antragsunterlagen vollständig bei der KV Hessen vorliegen. Eine rückwirkende Genehmigung kann nicht erteilt werden.

Zu einem späteren Datum _____

Art der Tätigkeit¹:

- Vertragsarzt in Einzelpraxis MVZ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)
- Angestellter Arzt
in Praxis/BAG _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes
- in MVZ _____ BSNR _____
Name des MVZ
- Ermächtigter Arzt _____ BSNR _____
Name der Einrichtung
- Instituts-
Ermächtigung _____ BSNR _____
Name des Instituts und des verantwortlichen Leiters
- Sicherstellungs-
Assistent _____ BSNR _____
Name des anstellenden Arztes **oder** des anstellenden MVZ mit Angabe des zu vertretenden Arztes

Ort(e) der Tätigkeit²:

- Anschrift Standort _____ BSNR _____
- Anschrift Standort _____ BSNR _____
- Anschrift Standort _____ BSNR _____

Bei weiteren Standorten bitte dem Antrag eine gesonderte Aufstellung als Anlage beifügen.

Leistungsspektrum (Gebührenordnungsposition = GOP)

Beantragte Leistungen: (zutreffendes bitte ankreuzen)

Hals,- Nasen,- Ohrenheilkunde

- GOP 09324 EBM – Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen

Phoniatrie und Pädaudiologie

- GOP 20324 EBM – Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen

¹ Anträge genehmigungspflichtiger Leistungen für angestellte Ärzte sind auch vom anstellenden Arzt bzw. vom Leiter des MVZ zu unterschreiben.

² Der Eintrag der entsprechenden Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummer ist für die Antragstellung nicht zwingend erforderlich. Wir weisen jedoch darauf hin, dass die Abrechnungsgenehmigung erst nach Erteilung der entsprechenden Betriebs- und/oder Nebenbetriebsstättennummer erfolgen kann.

Genehmigungsvoraussetzungen

Fachliche Anforderungen

- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung „Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“ („Phoniatrie und Pädaudiologie“)

Apparative Ausstattung:

Die Einhaltung der apparativen Anforderungen nach Punkt 5.3 der Richtlinie Methoden vertragsärztlich Versorgung wird durch Vorlage einer Gewährleistungsgarantie des Herstellers nachgewiesen.

Die Bestimmung der otoakustischen Emission erfolgt mit nachfolgendem Gerät

Hersteller _____

Gerät _____

Gerätetyp _____

in eigener Praxis:

Standort _____ BSNR _____

Die Gewährleistungsgarantie des Herstellers für das vorgenannte Gerät

- ist beigelegt.
- wird nachgereicht.

durch Mitbenutzungsmöglichkeit in der Praxis / im MVZ / im Krankenhaus

Standort _____ BSNR _____

Bitte Name und genaue Anschrift eintragen

- Die Gewährleistungsgarantie des Herstellers zum vorgenannten Gerät liegt der Abteilung Qualitätssicherung bereits vor.
- Die Gewährleistungsgarantie des Herstellers zum vorgenannten Gerät wurde in Kopie diesem Antrag beigelegt.

Bitte senden Sie uns keine Original-Unterlagen (Bescheinigungen, Nachweise, o.ä.) zu, da die Rücksendung nicht grundsätzlich gewährleistet werden kann. Auch bitten wir Sie, Ihre Unterlagen nicht zu tackern, da diese hier elektronisch weiterverarbeitet werden.

