

Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Qualitätssicherung  
Substitution & weitere Genehmigungen  
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  
Substitution & weitere Genehmigungen

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 Tätigkeit<sup>1</sup>:**

- Vertragsarzt in  Einzelpraxis  Gemeinschaftspraxis  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 Tätigkeit<sup>2</sup>:**

- 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

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

<sup>2</sup> 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.

