

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

KV | KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

**Bestätigung der apparativen Ausstattung – Gewährleistungsgarantie
(vom Hersteller/ Lieferanten auszufüllen)**

Qualitätssicherung
Substitution & weitere Genehmigungen

**Anlage zum 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**

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

*Hinweis: 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.*

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

Nachweis der apparativen Voraussetzungen

Angaben zum Gerät

Name, Vorname, Titel _____ LANR _____

Privatschrift _____

 _____  _____  _____

Eigentümer des Geräts _____

Standort des Gerätes (Straße, PLZ, Ort) _____

Gerätebezeichnung _____

Baujahr _____

Hersteller _____

Seriennummer _____

Das Gerät wurde/wird am _____ an den Betreiber ausgeliefert

Das Gerät erfüllt die folgenden Anforderungen

- Das Gerät gewährleistet die Angabe zum Nachweis der Reproduzierbarkeit des Messergebnisses (z.B. Korrelation zwischen Ergebnissen mehrerer im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang an demselben Patienten gewonnener Messreihe) ja nein
- Das Gerät gewährleistet die Kontrolle der Stabilität der Messsondenposition und der Stimulusqualität durch zeitliche Darstellung von Reiz und Reizantwort oder durch registrierte Angabe der Artefakte ja nein
- Das Gerät gewährleistet hardware- und softwaremäßige Artefakterkennung und -unterdrückung (reizbedingte Artefakte, Bewegungsartefakte, Störgeräuschpegel) ja nein
- Das Gerät gewährleistet die Angabe der Fehlerhäufigkeit des laufenden Messvorgangs ja nein
- Das Gerät gewährleistet die Anzeige des Messablaufes einschließlich der o. g. Kontrollen auf Bildschirm und Dokumentation der Ergebnisse unter Einschluss der Kontrollen ja nein

Bestätigung des Herstellers / Lieferanten

Hiermit wird bestätigt, dass das aufgeführte Gerät die gesetzlichen Voraussetzungen und die Anforderungen nach Anlage I Punkt 5. Bestimmung der otoakustischen Emissionen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) gemäß § 135 Abs. 1 SGB V vom 01.04.2006 erfüllt.

.....
Ort, Datum

.....
Stempel u. Unterschrift, Herstellers bzw. Vertriebsfirma

Stand: 01.01.2020

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.

Seite 2 von 2