

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstr. 39
80687 München

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Stempel Antragsteller

Anlage

zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Bestimmung der otoakustischen Emissionen

Gewährleistungserklärung

Nutzer des Geräts	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	

Standort des Geräts
BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p style="text-align: center; font-size: small;">Straße, Hausnummer, PLZ, Ort</p>

Gewährleistungserklärung

(ab hier nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

Für die Durchführung der beantragten Leistung wird das folgende Lasergerät eingesetzt:	
Herstellerfirma:	_____

	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort
Geräte-Bezeichnung:	_____
	Vollständige Herstellerangaben
Geräte-Nummer:	_____
	Seriennummer
Baujahr:	_____
Auslieferungsdatum:	_____

Das Gerät erfüllt folgende Anforderungen nach Anlage I Nr. 5 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Zutreffendes bitte ankreuzen

	erfüllt
Angabe zum Nachweis der Reproduzierbarkeit des Messergebnisses (z. B. Korrelation zwischen Ergebnissen mehrerer im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang an demselben Patienten gewonnener Messreihen)	<input type="checkbox"/>
Kontrolle der Stabilität der Messsondenposition und der Stimulusqualität durch zeitliche Darstellung von Reiz und Reizantwort oder durch registrierte Angabe der Artefakte	<input type="checkbox"/>
Hardware- und softwaremäßige Artefakterkennung und -unterdrückung (reizbedingte Artefakte, Bewegungsartefakte, Störgeräuschpegel)	<input type="checkbox"/>
Angabe der Fehlerhäufigkeit des laufenden Messvorgangs	<input type="checkbox"/>
Angabe des Messablaufes einschließlich der o. g. Kontrollen auf Bildschirm und Dokumentation der Ergebnisse unter Einschluss der Kontrollen	<input type="checkbox"/>

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers



Telefonnummer

Ansprechpartner (Name in Druckbuchstaben)