

Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie

Checkliste I*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____

Alt. 1: gemäß § 4a Absatz 1 Satz 4 ASV-RL

(entspr. Leistungslegende zu den GOPen 04335/09320/20320 des EBM)

Anforderungen an die fachliche Befähigung

Facharzturkunde **Kinder- und Jugendmedizin** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde** einer Landesärztekammer

oder

Facharzturkunde **Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniatrie und Pädaudiologie)** einer Landesärztekammer

Anforderungen an die apparative Ausstattung

Bestätigung über die Durchführung der Wartung eines von der PTB bzw. eines entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassenen Audiometers durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV

Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL

Weiterbildungsermächtigung

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigesteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

*Wir bitten Sie, Originale oder beglaubigte Kopien der Anerkennung von Weiterbildungen beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

Orientierende audiometrische Untersuchung/Tonschwellenaudiometrie

Checkliste II*:

Name der Institution: _____

gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

oder

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Datum: _____

Unterschrift

(Verantwortlicher Leiter)