

Hörgeräteversorgung

Checkliste I*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____

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

(entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung)

Facharzturkunde **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde** oder Facharzturkunde **Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniatrie und Pädaudiologie)** einer Landesärztekammer

und

Nachweis über die selbstständige Indikationsstellung nach Ausschluss zentraler Hörstörungen und Durchführung von mindestens **20 Hörtests** zur Hörgeräteversorgung unter Anleitung** eines nach der Weiterbildungsordnung in vollem Umfang für die Weiterbildung in der Hörgeräteversorgung befugten Arztes einschließlich Validierung des Versorgungserfolges **innerhalb der letzten fünf Jahre** vor Anzeigenstellung

und

Nachweis über theoretische Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von **10 Fortbildungspunkten innerhalb von zwei Jahren** vor Anzeigenstellung

Anforderungen an die räumlich/apparative Ausstattung

Folgende Anforderungen sind vorzuhalten:

schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40 dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld

Audiometer mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen, zugelassen gemäß den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und der DIN ISO 8253-1 und 8253-2

Testverfahren zur Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses, gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie (DIN ISO 8253-3)

Binokulares Ohrmikroskop

Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung)

*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).

** Ist eine Ermächtigung zur Weiterbildung nachgewiesen, entfällt „unter Anleitung“.

Laufende Anforderungen

Ich versichere die Gewährleistung der Erfüllung der folgenden Anforderungen:

- Umfang der Hörgeräteversorgung entsprechend § 5 Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung
- Organisatorische Anforderungen entsprechend § 6 Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung
- Ärztliche Dokumentation entsprechend § 7 Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung
- Aufrechterhaltung der fachlichen Befähigung entsprechend § 8 Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung
- Bereitschaft zur Überprüfung der räumlichen/apparativen und organisatorischen Anforderungen und ärztlichen Dokumentation entsprechend § 9 Abs. 4 Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung

Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL

Weiterbildungsermächtigung

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistungen

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

Datum: _____ Unterschrift _____

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

Datum: _____ Unterschrift _____

Hörgeräteversorgung

Checkliste II*:

Name der Institution: _____

gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

oder

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistungen

Datum: _____

Unterschrift _____
(Verantwortlicher Leiter)