

Otoakustik - Bestimmung otoakustischer Emissionen

Checkliste I*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____

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

entspr. Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung

Facharzturkunde **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde** oder Facharzturkunde **Phoniatrie und Pädaudiologie** einer Landesärztekammer

Anforderungen an die apparative Ausstattung

Gewährleistungserklärung des Herstellers bzw. leitenden Medizintechniker des Krankenhauses, dass die apparativen Anforderungen entsprechend Anlage I Nummer 5.3 Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung vollständig erfüllt werden

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 (Anzeigsteller): _____
(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).

Otoakustik - Bestimmung otoakustischer Emissionen

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)

* nur bei institutioneller Benennung

Gerätemeldung otoakustische Emissionen

Name, Vorname	LANR*:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort:	_____

_____	_____
BSNR/NBSNR/IK:	_____

Gewährleistungserklärung

(vom Hersteller-/Vertriebsfirma bzw. Leitenden Medizintechniker des Krankenhauses auszufüllen).

Typ:.....

Hersteller:

Baujahr:

Tag der Installation:

Es wird bestätigt, dass das genannte Gerät den Anforderungen an die apparative Ausstattung nach Anlage I Nummer 5.3 Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung - zur Bestimmung der otoakustischen Emissionen entspricht.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.	
Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertriebsfirma bzw. Unterschrift des Leitenden Medizintechnikers des Krankenhauses
Telefonnummer	Ansprechpartner

* gilt für niedergelassene, angestellte, ermächtigte Ärzte