

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von otoakustischen Emissionen**

**Name** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**  
**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

- Ich bin niedergelassen.  
 Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_  
 Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

- Ich bin in einer Praxis angestellt.  
 Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_  
 Ich bin in einem MVZ tätig.  
 Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.  
 Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von otoakustischen Emissionen.**

**Nachweis der fachlichen Qualifikation**

- Entsprechend den Qualifikationsvoraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) wird gemäß § 65 der Richtlinie folgender Nachweis erbracht:
- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung „Arzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde“ oder der Gebietsbezeichnung „Arzt für Phoniatrie und Pädaudiologie“

Ein entsprechender Nachweis

- ist dem Antrag beigelegt
- wird nachgereicht
- liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt bereits vor.

**Nachweis der apparativen Voraussetzungen**

Das vom Hersteller vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formular „Technischer Datenbogen/Gewährleistungsgarantie“

- ist dem Antrag beigelegt.
- wird nachgereicht.
- wurde bereits nachgewiesen und liegt der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen Anhalt vor.

**Erklärung**

Ich verpflichte mich, jede Änderung an der apparativen Ausstattung unverzüglich der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt mitzuteilen. Ich erkläre mein Einverständnis zur Durchführung von Überprüfungen der im Betrieb befindlichen Einrichtungen der Einhaltung der Bestimmungen.

---

Ort, Datum, BSNR

---

Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw.  
des angestellten Arztes

---

Ort, Datum, BSNR

---

Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden  
Vertragsarztes

**Datenschutzrechtliches Einverständnis**

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern kann.

---

Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte