

**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