



Posteingangsnummer BGST  
von KVS auszufüllen!

## Antrag

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Bestimmung otoakustischer Emissionen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung

gemäß der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ entspr. Anlage I Nr. 5 in der Fassung vom 17. Januar 2006

**Antragsteller/-in:** .....  
(Vertragsarzt, ermächtigter Arzt, MVZ und Name des MVZ-Vertretungsberechtigten oder anstellender Arzt)

**Leistungserbringer:** .....  
(sofern abweichend vom Antragsteller: Titel/Name/Vorname des ausführenden Arztes)

**LANR:** .....

### Ärztliche Tätigkeit

als Facharzt für: .....

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in einer Einzelpraxis                | <input type="checkbox"/> Anstellung in einer Einzelpraxis                |
| <input type="checkbox"/> Niederlassung in einer Berufsausübungsgemeinschaft | <input type="checkbox"/> Anstellung in einer Berufsausübungsgemeinschaft |
| <input type="checkbox"/> in einem MVZ (niedergelassen oder angestellt)      | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Ermächtigung                    |
| <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Sicherstellungsassistenz           | <input type="checkbox"/> im Rahmen einer Vertretung                      |

**Wohnort** (nur ausfüllen, falls noch nicht im Arztregister der KV Sachsen erfasst)

Straße, Nr.: .....

PLZ, Wohnort: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

### Antrag bezieht sich auf

**Praxis/Betriebsstätte (BSNR)**

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

BSNR: .....

**Nebenbetriebsstätte (NBSNR)**

Anschrift: .....

Telefon/Fax: .....

E-Mail: .....

NBSNR: .....

**1 Beantragte Leistung**

Beantragt wird die Durchführung und Abrechnung der Bestimmung der otoakustischen Emissionen gemäß der Richtlinie Methoden vertragsärztlicher Versorgung Anlage 1 Nr. 5.

**2 Fachliche Voraussetzungen**

Die fachliche Qualifikation ist nachgewiesen durch das Führen der Gebietsbezeichnung:

- Facharzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde
- Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie

**3 Apparativ-technische Voraussetzungen - Gewährleistung des/der Antragstellers(in)**

**Untersuchungsgerät**

Herstellerfirma: .....

Typ:..... Baujahr:.....

Die apparativen Anforderungen an das Gerät werden bestätigt durch die beiliegende Gewährleistungsgarantie des Herstellers oder folgende Nachweise:

- Angabe zum Nachweis der Reproduzierbarkeit des Messergebnisses (z. B. Korrelation zwischen Ergebnissen mehrerer im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang an demselben Patienten gewonnener Messreihen)
- Kontrolle der Stabilität der Messsondenposition und der Stimulusqualität durch zeitliche Darstellung von Reiz und Reizantwort oder durch registrierte Angabe der Artefakte
- Hardware- und softwaremäßige Artefakterkennung und -unterdrückung (reizbedingte Artefakte, Bewegungsartefakte, Störgeräuschpegel)
- Angabe der Fehlerhäufigkeit des laufenden Messvorganges
- Anzeige des Messablaufes einschließlich der o. g. Kontrollen auf Bildschirm und Dokumentation der Ergebnisse unter Einschluss der Kontrollen

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift der  
Hersteller- bzw. Lieferfirma

**Standort des Gerätes:**

.....  
.....

Apparatur betriebsbereit seit: .....

Betreiber: .....  
.....

**Gemeinsame Apparatenutzung**

- nein
- ja

mit: .....

.....

- Nutzungsvertrag liegt vor

**4 Erklärung des/der Antragstellers(in)**

Dem Antragssteller ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung der beantragten genehmigungspflichtigen Leistungen erst nach Erteilung der Genehmigung rechtens ist. Die Genehmigung kann grundsätzlich nicht rückwirkend erteilt werden.

Der Antragssteller verpflichtet sich, jede Änderung an der gemeldeten Apparatur unverzüglich der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen mitzuteilen.



Stempel Antragsteller(in)

.....

Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller(in) (siehe Seite 1 oben)
------------	--

.....

Ort, Datum	Unterschrift Leistungserbringer(in) (sofern abweichend vom Antragsteller)
------------	--