



KVBB

Kassenärztliche Vereinigung
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
Fachbereich Qualitätssicherung
Postfach 60 08 61
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts
Geschäftsbereich 4
Qualitätssicherung / Sicherstellung

A N T R A G
zur Ausführung der Bestimmung der otoakustischen Emissionen

I. Angaben zur Person / zur Tätigkeit:

Name: _____ Vorname: _____

LANR: _____

FA für: _____

Praxisanschrift: _____

Tätigkeit in / als:

- Eigener Niederlassung Ermächtigter Arzt
 Angestellter Arzt in einer Einr. / im MVZ Angestellter Arzt in einer Arztpraxis
bei: _____

Die beantragten Leistungen werden in folgender/en Nebenbetriebsstätte/n erbracht (ggf. Beiblatt beilegen, falls mehr als zwei Nebenbetriebsstätten):

Angabe nur erforderlich, wenn abweichend von der Praxisanschrift!

1. _____

(Adresse)

2. _____

(Adresse)

II. Berechtigte Ärzte

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung
“Arzt für Hals- Nasen- Ohrenheilkunde“
oder
 “Arzt für Phoniatrie und Pädaudiologie“

III. Apparative Voraussetzungen

Das zur Bestimmung der otoakustischen Emission genutzte Gerät entspricht den in Pkt. 5.3 der BUB-Richtlinien genannten Anforderungen.

Eine entsprechende Gewährleistungsgarantie des Herstellers ist als Bestätigung vorzulegen. (Anlage)

IV. Abrechnungsgenehmigung durch andere KV

Ich habe bereits eine Abrechnungsgenehmigung der KV..... am
..... erhalten. Eine Durchschrift/Fotokopie dieser Genehmigung liegt bei.

Datum	Unterschrift des Antragstellers	Im Falle der Anstellung: Unterschrift Ärztl. Leiter der Einrichtung/MVZ bzw. Unterschrift des Praxisinhabers
--------------	--	---

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit, also mit Rückwirkung, erteilt werden.

Bei Nachfragen zum Antrag können Sie uns unter folgender E-Mail-Adresse kontaktieren: QS@kvbb.de.