



**KVBB**

Kassenärztliche Vereinigung  
Brandenburg

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg  
Fachbereich Qualitätssicherung  
Postfach 60 08 61  
14408 Potsdam

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Unternehmensbereich  
Qualitätssicherung / Sicherstellung

**Nur von der Herstellerfirma auszufüllen**

**TECHNISCHE DATEN**

(Teil II)

für die von Frau/Herrn:

Anschrift des Arztes:

.....  
.....  
.....  
.....

.....  
.....  
.....  
.....

benutzte Einrichtung.

Standort d. Geräte(s):

.....  
.....  
.....  
.....

**Otoakustische Emissionen - Gewährleistungsgarantie**

**1. Gerät:**

Herstellerfirma: \_\_\_\_\_

Typenbezeichnung: \_\_\_\_\_

Seriennummer: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

Apparatur betriebs-  
bereit ab/seit: \_\_\_\_\_

## 2. Erklärung:

Hiermit wird bestätigt, dass o.g. Gerät den nachstehend genannten Anforderungen vollständig genügt.

- 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 Messvorgangs
- Anzeige des Messablaufes einschl. der o.g. Kontrollen auf Bildschirm und Dokumentation der Ergebnisse unter Einschluss der Kontrollen

---

Ort, Datum

---

Stempel/Unterschrift der Herstellerfirma