



Bezirksstellen Düsseldorf/Köln
Abteilung Qualitätssicherung

E-Mail: Hoergeraete@kvno.de
Fax-Nr. 0211 / 59 70 – 33 168

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung der Leistungen zur Hörgeräteversorgung

Name: _____

LANR: _____ BSNR: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Ich besitze die Anerkennung als:

Facharzt für _____ seit: _____

Schwerpunkt: _____ seit: _____

Zusatzbezeichnung: _____ seit: _____

Angestellter Arzt bei: _____

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 33 Ärzte ZV mit

Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 101 SGB V (Job-Sharing) mit

Praxisgemeinschaft mit

Zulassung/Ermächtigung ab: _____

Qualifikationsnachweis

Die fachliche Befähigung wird neben der bereits vorliegenden Fachkunde nachgewiesen durch:

- Selbstständige Indikationsstellung nach Ausschluss zentraler Hörstörungen und Durchführung von mind. 20 Hörtests zur Hörgeräteversorgung unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes einschließlich Validierung des Versorgungserfolges innerhalb der letzten 5 Jahren

und

- Theoretische Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von 10 Fortbildungspunkten innerhalb von 2 Jahren vor Antragsstellung

Die entsprechenden Unterlagen liegen bei.

Anforderungen gemäß § 4

- Die räumliche Praxisausstattung ist erfüllt:
 - a) Schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40 dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld
 - b) Audiometer mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen, zugelassen gem. den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und der DIN ISO 8253-1 und 8253-2
 - c) Testverfahren zur Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses, gem. den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie (DIN ISO 8253-3)
 - d) Binokulares Ohrmikroskop
 - e) Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung)

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung für die Abrechnung der Leistungen zur Hörgeräteversorgung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

Ich versichere, dass die räumlichen und organisatorischen Anforderungen den Bestimmungen gemäß § 5, 6 und 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Hörgeräteversorgung entsprechen.

Ich erkläre mich mit einer Überprüfung meiner Praxis, ob die o. g. Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung entsprechen, einverstanden.

Datum

Stempel und Unterschrift
des Antragstellers

Im Falle der Anstellung
Stempel und Unterschrift des
Ärztlichen Leiters der Einrichtung/
des MVZ bzw. des Praxisinhabers

Hinweis:

Die beantragten Leistungen dürfen erst mit erteilter Genehmigung durchgeführt und abgerechnet werden. Die Genehmigung kann nicht nachträglich mit Wirkung für die Vergangenheit erteilt werden.