

Name, Vorname:

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH:

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR:

Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung

<p>Allgemeine Hinweise</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist. 			
<p>Leistungen</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>GOP 09372, 09373, 09374 und 09375 EBM (ausschließlich von Fachärzten für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde)</p> <p>GOP 20372, 20373, 20374 und 20375 EBM (ausschließlich von Fachärzten für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörung, bzw. für Phoniatrie und Pädaudiologie)</p>		
<p>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>			
<p>Fachliche Voraussetzungen</p>	<p>Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung gemäß § 3</p> <ul style="list-style-type: none"> Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde -bitte beifügen- <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen -bitte beifügen- <p>Anforderung gemäß § 3</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 Jahre -bitte beifügen- 		<p>ja</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>nein</p> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	<p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 Antragstellung -bitte beifügen- 	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Apparative Voraussetzungen	<p>Anforderungen gemäß § 4</p> <ul style="list-style-type: none"> Audiometer mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen, zugelassen gemäß den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und der DIN ISO 8253-1 und 8253-2 <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> Testverfahren zur Überprüfung des Hörhilfensorgungs-Ergebnisses, gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie (DIN ISO 8253-3) <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> Binokulares Ohrmikroskop <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympantometrie und Stapediusreflexmessung) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bauliche Voraussetzungen	<p>Anforderungen gemäß § 4</p> <p>Schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien in freiem Schallfeld.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Quartalsstatistik	<p>Hiermit bestätige ich, dass ich</p> <ul style="list-style-type: none"> an das KV-SafeNet angeschlossen bin <p>oder</p> <ul style="list-style-type: none"> an die Telematikinfrastruktur angeschlossen bin <p>und</p> <ul style="list-style-type: none"> verpflichte mich, die betriebsstättenbezogene Quartalsstatistik mit Angaben gemäß der QS-Vereinbarung Hörgeräteversorgung nach § 135 Abs. 2 SGB V Anlage 1 Abs. 5 mittels elektronischem Dokumentationsverfahren zu übermitteln. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einverständniserklärungen	<ul style="list-style-type: none"> Ich bin damit einverstanden, dass die KVSH die Vorlage der Nachweise der in den §§ 4, 6 und 7 genannten Anforderungen verlangen kann und die zuständige Qualitätssicherungskommission ggf. die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis vor Ort überprüft. Ich verpflichte mich, die weiteren Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß den §§ 5 bis 8 zu erfüllen. 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		

Einverständnis zum Datenschutz	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 	<input type="checkbox"/>
Zustimmung	<p>Ich bestätige, die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung erhalten und deren Inhalte zur Kenntnis genommen zu haben.</p>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:

Unterschrift bei MVZ oder Praxis
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

Unterschrift bei GmbH
Geschäftsführer des MVZ

Unterschrift
ausführender, angestellter Arzt