

Abteilung Qualitätssicherung

Bismarckallee 1-6 • 23795 Bad Segeberg

Mail: qs@kvsh.de • Fax: 04551-883 374

Antrag auf Genehmigung: Hörgeräteversorgung (§ 135 Abs. 2 SGB V)

Name, Vorname: _____

(Name des Arztes¹, der die Leistungen erbringen soll)

LANR: _____

oder

Eintragsnummer der KVSH: _____

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

Hinweise

- **WICHTIG** Der eingereichte Antrag inkl. Nachweise wird digitalisiert und anschließend vernichtet. Bitte senden Sie daher die Unterlagen in Kopie ohne Heftung und Klammerung zu.
- Die beantragten Leistungen dürfen erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden.
- Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.
- Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung finden Sie unter www.kvsh.de/datenschutz.

Einverständnis zur Datenübermittlung

- Notwendige Angaben und Urkunden (wie z. B. Facharztanerkennung, Arbeitszeugnisse) dürfen in den Akten des Arztregisters, des Zulassungsausschusses oder der Ärztekammer eingesehen und kopiert werden.
- Der ausführende Arzt hat bereits durch die KV _____ eine entsprechende Genehmigung erhalten und beantragt diese im gleichen Umfang. In den letzten vier Quartalen wurden die dazugehörigen Leistungen abgerechnet sowie der Nachweis der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V erbracht.

***Hinweis: Damit entfällt die Zusendung von Nachweisen der „Fachlichen Voraussetzungen“.**

Betriebsstätten

Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätten beantragt: - bitte (N)BSNR oder Standort angeben -

1. _____
2. _____
3. _____

- alle mir erteilten Betriebsstätten

Fachliche Voraussetzungen*

Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung gemäß § 3

- Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde -bitte beifügen-

oder

- Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen -bitte beifügen-

¹ Wenn aus Gründen der Lesbarkeit die männliche Form eines Wortes genutzt wird („der Arzt“), sind hiermit selbstverständlich alle Geschlechter gemeint.

Anforderung gemäß § 3

- 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-
- 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 Antragstellung -bitte beifügen-

Apparative Voraussetzungen

Anforderungen gemäß § 4

- Audiometer mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen, zugelassen gemäß den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und der DIN ISO 8253-1 und 8253-2
- und**
- Testverfahren zur Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses, gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie (DIN ISO 8253-3)
- und**
- Binokulares Ohrmikroskop
- und**
- Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung)

Bauliche Voraussetzungen

Anforderungen gemäß § 4

- Schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien in freiem Schallfeld.

Quartalsstatistik

- Hiermit bestätige ich, dass ich
- an das KV-SafeNet angeschlossen bin
 - oder**
 - an die Telematikinfrastruktur angeschlossen bin
- und**
- 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.

Einverständniserklärungen

- 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.

Unterschrift(en)

Datum

ggf. Praxisstempel

Praxisinhaber Vertragsarztpraxis / Geschäftsführung MVZ

Bei Eintragungen im Punkt **Einverständnis zur Datenübermittlung**
ist zusätzlich die Unterschrift der angestellten Person notwendig:

Angestellte Person