

**Abteilung Qualitätssicherung**

Bismarckallee 1-6

23795 Bad Segeberg

☎ 04551/883 374

@ qualitaetssicherung@kvsh.de

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

<p>Ich stelle den Antrag für mich <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben des Antragstellers:</b> (bitte immer ausfüllen)</p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Praxisanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>	<p>für meinen angestellten Arzt<sup>1</sup> <input type="checkbox"/></p> <p><b>Angaben zum angestellten Arzt, der die beantragten Leistungen durchführen soll:</b></p> <p>Vorname: <input type="text"/></p> <p>Zuname: <input type="text"/></p> <p><b>Privatanschrift</b></p> <p>PLZ, Ort: <input type="text"/></p> <p>Straße: <input type="text"/></p> <p>LANR: <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>☎ <input type="text"/></p> <p>@ <input type="text"/></p>
---	---

**Tätig in:** Zulassung

Anstellung  ab dem:

Ermächtigung

**Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:**

1. BSNR: <input type="text"/>	4. BSNR: <input type="text"/>
2. BSNR: <input type="text"/>	5. BSNR: <input type="text"/>
3. BSNR: <input type="text"/>	

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

<b>Beantragte Leistungen</b>	GOP 20338, 20339, 20340, 20377 und 20378 EBM		
<b>Fachliche Voraussetzungen</b>	<b>Berechtigung zum Führen der Facharztbezeichnung gemäß § 3</b> ☞ Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde <b>oder</b> ☞ Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	<b>Anforderungen gemäß § 3</b> ☞ 50 elektrische Reaktionsaudiometrien (ERA) im Kindesalter; 50 Hörschwellenbestimmungen mit altersbezogenen reaktions-, verhaltens- und spielaudiometrischen Verfahren und 25 Kindersprachtests entsprechend dem Sprachentwicklungsalter, sowie selbständige Indikationsstellung, Anpassung und Überprüfung von Hörgeräten einschließlich Gebrauchsschulung im Kindesalter innerhalb der letzten 5 Jahre unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes <b>und</b> ☞ Theoretische Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen insbesondere bei Kindern sowie Kenntnisse über die aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von 10 Fortbildungspunkten innerhalb von 2 Jahren vor Antragstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Apparative Voraussetzungen</b>	<b>Anforderungen gemäß § 4</b> ☞ Kinderaudiometrieanlage mit einer Mindestausstattung von fünf Audiometrielautsprechern mit Störschalllautsprecher(n) entsprechend DIN EN 60645, mindestens Klasse 2 (im Halbkreis angeordnet, 0 Grad, 45 Grad, 90 Grad, Mindestausgangsleistung 90 dB) passiv sprachsimulierendes Rauschen, Mindestabstand der Lautsprecher vom Patienten 1m, Konditionierungsleuchten für jeden Richtungslautsprecher oder Bilddarbietung rechts und links, zweikanaliges Audiometer mit schmalbandigem frequenzspezifischem Prüfgeräusch sowie mindestens einer Powerbox mit einer Ausgangsleistung von mindestens 100 dB aktiv voraus <b>und</b> ☞ Zweikanalige BERA für die Untersuchung(en) mittels elektrischer Reaktionsaudiometrie <b>und</b> ☞ Testmaterial für Sprachaudiometrie gemäß des Sprachentwicklungsalters (z. B. Mainzer, Oldenburger Kindersatztest, Göttinger Kindersprachtest) entsprechend DIN ISO 8253-3 <b>und</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein
	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Binokulares Ohrmikroskop</li> </ul> <p><b>und</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bauliche Voraussetzungen</b>	<p><b>Anforderungen gemäß § 4</b></p> <p>Schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien in freiem Schallfeld.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Quartalsstatistik</b>	<p>Hiermit bestätige ich, dass ich</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ an das KV-SafeNet angeschlossen bin</li> </ul> <p><b>oder</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ an die Telematikinfrastruktur angeschlossen bin</li> </ul> <p><b>und</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ 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.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Einverständniserklärungen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ 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 Qualitäts-sicherungskommission ggf. die Erfüllung der räumlichen und organisatorischen Anforderungen in der Praxis vor Ort überprüft.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Ich verpflichte mich, die weiteren Anforderungen an die Leistungserbringung gemäß den §§ 5 bis 8 zu erfüllen.</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Allgemeine Hinweise</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>☞ Zeugnisse und Bescheinigungen können nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden.</li> <li>☞ Die beantragten Leistungen dürfen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden. Eine rückwirkende Genehmigung ist grundsätzlich nicht möglich.</li> </ul>		
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		

<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	<p>Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen 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"> <li>☛ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>☛ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>☛ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	ja  <input type="checkbox"/>	nein  <input type="checkbox"/>
---------------------------------------	---	------------------------------------	--------------------------------------

Ich bestätige, die Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern erhalten und deren Inhalte zur Kenntnis genommen zu haben.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

<b>Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis</b>	
	_____ Unterschrift des ärztlichen Leiters des MVZ bzw. anstellenden Arztes der Praxis
	_____ bei GmbH Unterschrift des Geschäftsführers des MVZ
	_____ Unterschrift ausführender, angestellter Arzt