

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 einer genehmigungspflichtigen Leistung gemäß Anlage 1 Nr. 5 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (Otoakustische Emissionen)

Allgemeine Hinweise	Bitte beachten Sie, dass <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. 		
Leistungen	09324 EBM	Abklärung einer vestibulo Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	
	20324 EBM	Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emissionen	
Betriebsstätten	Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt: (N)BSNR: _____		
Fachliche Voraussetzungen	Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung gemäß Nr. 5.2 <input type="checkbox"/> Hals- Nasen- Ohrenheilkunde <input type="checkbox"/> Arzt für Phoniatrie und Pädaudiologie		
Apparative Voraussetzungen	Das von mir eingesetzte Gerät erfüllt die Anforderungen der Nr. 5.3 der Richtlinie.		ja <input type="checkbox"/>
	Die Gewährleistungsgarantie des Herstellers (Anlage 1 zum Antrag) -bitte beifügen-		nein <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 Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung Anlage 1 Nr. 5 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