

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

Tel.: 030 / 31 003-242  
Fax: 030 / 31 003-50730

Praxisstempel

## Gerätenachweis

zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Kinder mit Hörgeräten  
gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung Kinder – gültig ab 01.07.2012

**Eigentümer:** \_\_\_\_\_

Praxisanschrift: \_\_\_\_\_

Standort der Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Kinderaudiometer:**

Art: \_\_\_\_\_

Gerätetyp: \_\_\_\_\_

Hersteller: \_\_\_\_\_

Baujahr: \_\_\_\_\_

Datum der Inbetriebnahme: \_\_\_\_\_

**Bestätigung:**

Der Gerätenachweis kann erfolgen durch:

**Unterschrift des Herstellers des Audiometers:**

**ODER**

**Einreichung einer Rechnungskopie des Audiometers:**

**Als Gerätehersteller bestätigen wir, dass die vg. Kinderaudiometrieanlage den Vorgaben des Gesetzes über Medizinprodukte mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen entspricht und von der PTB bzw. entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassen wurde.**

---

Datum

---

Unterschrift und Stempel des Herstellers

**Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.**

Berlin, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift des Antragstellers

---

ggf. Unterschrift des Leiters (Einrichtung/MVZ)