



Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Formular die männliche Form zur Bezeichnung von Personen verwendet. Diese Form ist dabei geschlechtsunabhängig zu verstehen.

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

☎ (030) 31003 - 242
☎ (030) 31003 - 50305
✉ QS-Team6@kvberlin.de

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von von Leistungen für tonschwellenaudiometrische Untersuchungen

nach EBM in der derzeit gültigen Fassung

Antragsteller	Leistungserbringer
Vertragsarzt, MVZ-Ärztliche Leitung, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte	sofern abweichend vom Antragsteller, z.B. angestellter Arzt

Betriebsstättennummer (BSNR)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
Lebenslange Arztnummer (LANR) (Leistungserbringer)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td><td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/> Zulassung <input type="checkbox"/> Anstellung <input type="checkbox"/> Ermächtigter Krankenhausarzt	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis <input type="checkbox"/> MVZ/Poliklinik <input type="checkbox"/> BAG <input type="checkbox"/> üBAG Name des Krankenhauses _____										

Grund der Antragstellung	
<input type="checkbox"/> erstmalige Antragstellung (KV Berlin)	<input type="checkbox"/> Erweiterung des Leistungsumfangs
Genehmigung beantragt zum	_____
	Datum
Zulassungsbeschluss der Sitzung vom	_____
	Sitzungsdatum, sofern bekannt

Telefon (tagsüber) _____ E-Mail _____



Leistung

- für die Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung (EBM Nr.: 03335 für Hausärzte)
- für die Orientierende audiometrische Untersuchung nach vorausgegangener, dokumentierter, auffälliger Hörprüfung (EBM Nr.: 04335 für Kinderärzte)
- für die Tonschwellenaudiometrische Untersuchung (EBM Nr.: 09320, 09335, 09336 für HNO-Ärzte)
- für die Tonschwellenaudiometrische Untersuchung (EBM Nr.: 20320, 20335, 20336 für Ärzte für Phoniatrie/Pädaudiologie)

Leistungsort

- Betriebsstätte

Adresse

- Nebenbetriebsstätte

Nebenbetriebsstättennummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse

- Ausgelagerter Praxisraum/Apparatgemeinschaft
- Anzeige ggü. der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung wurde gestellt
 - Bestätigung der Abteilung Arztregister/Bedarfsplanung ist beigefügt
 - Bestätigung über eine Apparatgemeinschaft ist beigefügt

Adresse

Bei mehreren vorhandenen Nebenbetriebsstätten bzw. Geräten an weiteren Standorten (z. B. üBAG) bitte eine Auflistung der Standorte beifügen.

Die nachfolgenden Nachweise fügen Sie bitte dem Antrag in Kopie bei. Bitte beachten Sie, dass die Vollständigkeit der Unterlagen Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und ggf. Genehmigungserteilung ist. Kreuzen Sie Zutreffendes bitte an.

Fachliche Nachweise gemäß EBM

- Facharzt für Allgemeinmedizin, Innere und Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendmedizin, Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie, Praktische Ärzte, Ärzte ohne Gebietsbezeichnung, Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunktbezeichnung



Apparative Nachweise gemäß EBM

- Verwendung eines Audiometers für die Durchführung der tonschwellenaudiometrischen Untersuchung
- Der Gerätenachweis (Anlage 1) ist diesem Antrag beigelegt.

oder

- in Apparategemeinschaft

mit:

am Standort: genutzt.

Bitte das Einverständnis des Geräteeigentümers über die Gerätemitnutzung des Antragstellers beigefügen (Anlage 2).

- Der Gerätenachweis des Eigentümers (Anlage 1) ist diesem Antrag beigelegt.

Jede Änderung der apparativen Ausstattung ist der KV Berlin unverzüglich mitzuteilen.



Verpflichtungen und Hinweise

Es wird versichert, dass den Vorgaben der jeweils entsprechend gültigen Rechtsgrundlagen vollumfänglich Folge geleistet wird, insbesondere im Hinblick auf die

- **Verpflichtung zur Verwendung eines von der PTB bzw. eines entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassenen Audiometers.**
- **Verpflichtung zur mindestens einmal jährlichen messtechnischen Kontrolle gem. § 11 der Verordnung über das Einreichen, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV.**

Die Bestätigung über die Durchführung der Wartung muss der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beigelegt bzw. der Hauptabteilung Abrechnung/Honorar der KV Berlin übersandt werden.

Die Erteilung einer entsprechenden Abrechnungsgenehmigung ist jeweils abhängig von der Einreichung des Gerätenachweises.

Es ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen für tonschwellenaudiometrische Untersuchungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung Berlin zulässig ist.

Die Richtigkeit der vorliegenden Angaben wird versichert und jede Änderung daran der Abteilung Qualitätssicherung unverzüglich mitgeteilt.

Verantwortlicher für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist die Kassenärztliche Vereinigung Berlin, Masurenallee 6A, 14057 Berlin. Wir erheben die hier angegebenen Daten auf Grundlage der Artikel 6 Absatz 1 Satz 1 Buchstabe c, e Datenschutz-Grundverordnung. Zweck der Datenverarbeitung ist die Bearbeitung des Antrags und Prüfung der Genehmigung im Rahmen unseres Sicherstellungs- und Vergütungsauftrags. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten finden Sie in den Datenschutzhinweisen auf unserer Webseite.

Ort/Datum

Stempel/Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Leistungserbringer
(sofern abweichend vom Antragsteller)