



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 242, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Gerätenachweis

zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung Hörgeräteversorgung – gültig ab 01.04.2012

Eigentümer:

Praxisanschrift:

Standort der Einrichtung:

Angaben zum Audiometer:

Art:

Gerätetyp:

Hersteller:

Baujahr:Datum der Inbetriebnahme:.....

Bestätigung:

Der Gerätenachweis kann erfolgen durch:

Unterschrift des Herstellers des Audiometers:

ODER

Einreichung einer Rechkungskopie des Audiometers:



Als Gerätehersteller bestätigen wir, dass das vg. Audiometer 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)