



Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6 A  
14057 Berlin

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

Praxisstempel

**Bestätigung über eine Apparategemeinschaft**  
Otoakustische Emissionen



Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr .....  
(Titel, Vor- und Zuname sowie Fachgruppe)

ab dem ..... folgendes Gerät in meiner/unserer Praxis/Klinik mitnutzt:  
(genauer Zeitpunkt)

Gerät für die Durchführung der otoakustischen Emissionen:

.....  
(Firma) (Gerätetyp) (Baujahr)

**Ein Gerätenachweis der belegt, dass das Gerät den apparativen Anforderungen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung für die Bestimmung der otoakustischen Emissionen erfüllt, liegt der KV Berlin bereits vor.**

Berlin, den .....  
.....  
Unterschrift und Arztstempel

**Hinweis: Die o.g. Bestätigung kann nur vollständig ausgefüllt anerkannt werden!**