



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

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

Praxisstempel

**Gewährleistungsgarantie
zur Durchführung von Leistungen der otoakustischen Emissionen**

- nur vom Händler / Hersteller auszufüllen -

- 1. Eigentümer:**
- Praxisanschrift:
- Standort der Einrichtung:

2. Angaben über die Einrichtung

- Art:
- Gerätetyp:
- Hersteller:
- Fabriknummer: Baujahr:
- Auslieferung und Betriebsbereitschaft des Gerätes:

Das vorstehend genannte Gerät erfüllt folgende Bedingungen:

- Angabe zum Nachweis der Reproduzierbarkeit des Messergebnisses (z. B. Korrelation zwischen Ergebnissen mehrerer im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang an demselben Patienten gewonnener Messreihen)



- Kontrolle der Stabilität der Messsondenposition und der Stimulusqualität durch zeitliche Darstellung von Reiz und Reizantwort oder durch registrierte Angabe der Artefakte
- Hardware- und softwaremäßige Artefakterkennung und -unterdrückung (reizbedingte Artefakte, Bewegungsartefakte, Störgeräuschpegel)
- Angabe der Fehlerhäufigkeit des laufenden Messvorgangs
- Anzeige des Messablaufes einschließlich der o. g. Kontrollen auf Bildschirm und Dokumentation der Ergebnisse unter Einschluss der Kontrollen



3. Bestätigung

Als Gerätehersteller/-händler bestätigen wir, dass das vg. Gerät den apparativen Anforderungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung für die Bestimmung der otoakustischen Emissionen entspricht.

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel des Herstellers/ Händlers