

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

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

Praxisstempel

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft

Otoakustische Emissionen

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr

_____ (Titel, Vor- und Zuname sowie Fachgruppe)

ab dem

_____ (genauer Zeitpunkt)

folgendes Gerät in meiner/unserer Praxis/Klinik mit nutzt:

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!