

Kassenärztliche Vereinigung Berlin  
Abteilung Qualitätssicherung  
Masurenallee 6A  
14057 Berlin

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

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



**BERLIN**

*Besser. Gemeinsam. Wirken.*

**Gewährleistungsgarantie zur Durchführung von Leistungen der otoakustischen Emissionen (Anlage 1)**

- 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

## **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