

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

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

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 Rechnungskopie 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)