

Arztstempel



**kvt**  
Kassenärztliche  
Vereinigung Thüringen

Kassenärztliche Vereinigung Thüringen  
Abteilung Qualitätssicherung  
Zum Hospitalgraben 8  
99425 Weimar

**Bitte reichen Sie Ihren Antrag vorzugsweise digital im PDF Format an [qs@kvt.de](mailto:qs@kvt.de) ein.**

**ANTRAG** auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Bestimmung der otoakustischen Emissionen

(gemäß Anlage I Nr. 5 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung – Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)

**Antragsteller**

.....  
Vertragsarzt, Ärztliche Leitung MVZ, ermächtigter Arzt, Bevollmächtigte

**Leistungserbringer**

sofern abweichend vom Antragsteller,  
z. B. angestellter Arzt

Gebietsbezeichnung: .....

Schwerpunkt: .....

Zusatzbezeichnung: .....

Praxisanschrift  
oder Arbeitsstelle: .....

Telefon: .....

Praxis: ..... privat: .....

E-Mail: .....

**Ort der Leistungserbringung**

in eigener Praxis (Betriebsstätte)

in ausgelagerten Praxisräumen  
(Nebenbetriebsstätte) .....

im Rahmen einer Anstellung

bei einem Vertragsarzt .....

in einem MVZ .....

im Rahmen einer Ermächtigung

im Rahmen einer Vertretung

Wurde bereits eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der otoakustischen Emissionen durch eine andere Kassenärztliche Vereinigung erteilt?

nein       ja (bitte den Bescheid in Kopie beifügen)

**Beantragte Leistung/en**

- GOP 09324 des EBM
- GOP 20324 des EBM

**Fachliche Voraussetzungen (gem. Nr. 5.2 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)**

- Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie

Der Nachweis der fachlichen Befähigung gilt mit der Berechtigung zum Führen der v. g. Gebietsbezeichnung als erbracht.

**Apparative Voraussetzungen (gem. Nr. 5.3 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung)**

- Angaben 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)
- Angaben der Fehlerhäufigkeit des laufenden Messvorgangs
- Anzeige des Messablaufes einschließlich der o.g. Kontrollen auf Bildschirm und Dokumentation der Ergebnisse unter Einschluss der Kontrollen

Gerätebezeichnung: ..... Baujahr: .....

Wir bestätigen, dass das genannte Gerät den Anforderungen an die apparative Ausstattung nach der - Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung - zur Bestimmung der otoakustischen Emissionen entspricht.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift der Hersteller-/ bzw. Lieferfirma  
und Stempel

Weitere Informationen sowie die Rechtsgrundlagen finden Sie auf [www.kv-thueringen.de](http://www.kv-thueringen.de) → Themen A-Z.

**Erklärung**

Ich versichere, dass die in diesem Antragsformular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Durchführung der Bestimmung der otoakustischen Emissionen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können. Ich verpflichte mich, die KV Thüringen über alle Änderungen zu informieren, welche die Erfüllung der in dieser Richtlinie genannten Voraussetzungen betreffen.

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Veränderung der zugelassenen apparativen Ausstattung nach Nr. 5.3 vorgenannter Richtlinie unverzüglich der KV Thüringen mitzuteilen.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes

*Wichtiger HINWEIS für Ärzte, die zur vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden sind oder einen solchen Antrag gestellt haben:*  
*Unabhängig von der Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Bestimmung der otoakustischen Emissionen wird ein diesbezüglicher Bescheid nur im Rahmen einer ausgesprochenen Ermächtigung und auch dann nur in den Grenzen des dort festgelegten Leistungskataloges wirksam.*

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung des Antrags führen können. Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kv-thueringen.de](http://www.kv-thueringen.de), Thema Datenschutz.