



A n t r a g

auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der
Bestimmung der otoakustischen Emissionen
nach Anlage I Punkt 5 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs-
und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber zu stellen!

(Anstellender Arzt der Einzelpraxis bzw. vom Geschäftsführer des MVZ/Krankenhauses/Institutes
bzw. vom Verantwortlichen der BAG)

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

<p>Ich stelle den Antrag für mich</p> <p>Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG</p> <p>(bitte immer ausfüllen)</p>	<p>Für den angestellten Arzt</p> <p>in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG</p> <p>Vor- und Zuname des angestellten Arztes der die Leistungen ausführen soll</p>
<p>LANR:</p> <p>Geburtsdatum:</p>	<p>LANR:</p> <p>Geburtsdatum:</p>
<p>Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort (Hauptstandort):</p> <p>Telefon:</p> <p>Fax:</p> <p>E-Mail:</p>	

Genehmigung durch andere KV

Für dieses Antragsverfahren ist bereits eine Genehmigung von der

KV erteilt worden.

Eine Fotokopie liegt bei.

Fachliche Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch die Facharztbezeichnung:

- Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde
oder
- Facharzt für Phoniatrie und Pädaudiologie
oder
- Facharzt für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen

Apparative Voraussetzungen

Der vom Hersteller vollständig ausgefüllte und unterschriebene technische Datenbogen/ Gewährleistungsgarantie mit den Angaben zu

Gerätebezeichnung:

(Bitte angeben)

Hersteller:

(Bitte angeben)

Gerätetyp:

(Bitte angeben)

ist dem Antrag beigelegt

wird nachgereicht

liegt der KV bereits vor

Mit meiner Unterschrift erkläre ich,

- dass ich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden bin.

Ort u. Datum

**Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)**