

 KV SAARLAND <small>KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG</small>	Antrag	Bereich QS/QM
	Hörgeräteversorgung Jugendliche und Erwachsene	Stand 18.06.2019
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 3

Bitte zurücksenden an:

Kassenärztliche Vereinigung Saarland
Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement
 Europaallee 7 – 9
 66113 Saarbrücken

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten mit Hörgeräten nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Hörgeräteversorgung

Leistungserbringer/in

 Name, Vorname, Titel _____
LANR

✉ Anschrift

@ E-Mail-Adresse

☎ Telefonnummer

Tätigkeitsart

Ab/Seit: _____ niedergelassen angestellt ermächtigt
 Gemeinschaftspraxis Einzelpraxis MVZ Einrichtung

 Name der Praxis / des MVZ / der Einrichtung

Praxisübernahme von: _____
 Name, Vorname

Teilnahme an hausärztlicher Versorgung fachärztlicher Versorgung

 im Fachgebiet und ggf. Schwerpunkt / Zusatzbezeichnung

Tätigkeitsorte (Der Antrag bezieht sich auf folgende (Neben-)Betriebsstätten)

 ✉ Anschrift _____
BSNR

 ✉ Anschrift _____
BSNR

 ✉ Anschrift _____
BSNR

 ✉ Anschrift _____
BSNR

Ich beantrage die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der
GOP 09372 bis 09375

Ich beantrage die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der
GOP 20372 bis 20375

§ 3 Fachliche Befähigung

Gemäß § 1 gilt die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Versorgung schwerhöriger Patienten als nachgewiesen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind und durch Zeugnisse und Bescheinigungen nach § 9 belegt sind:

1.) Ich bin zum Führen der Gebietsbezeichnung

„Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“

oder

„Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen“ („Phoniatrie u. Pädaudiologie“)

berechtigt.

2.) Selbständige Indikationsstellung nach Ausschluss zentraler Hörstörungen und Durchführung von mindestens 20 Hörtests zur Hörgeräteversorgung unter Anleitung eines zur Weiterbildung befugten Arztes einschließlich Validierung des Versorgungserfolges innerhalb der letzten 5 Jahre.

3.) Theoretische Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde durch die Erlangung von 10 Fortbildungspunkten innerhalb von 2 Jahren vor Antragstellung.

§ 4 Anforderungen an die Praxisausstattung

Ich bestätige, dass die folgenden Anforderungen an die räumliche Praxisausstattung nach § 4 der Qualitätsvereinbarung Hörgeräteversorgung erfüllt werden:

- a) Schallreduzierter Raum (Störschallpegel kleiner 40 dB) zur Durchführung von Ton- und Sprachaudiometrien im freien Schallfeld,
- b) Audiometer mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen, zugelassen gemäß den Vorgaben des Medizinproduktegesetzes und der DIN ISO 8253-1 und 8253-2,
- c) Testverfahren zur Überprüfung des Hörhilfenversorgungs-Ergebnisses, gemäß den Vorgaben der Hilfsmittel-Richtlinie (DIN ISO 8253-3),
- d) Binokulares Ohrmikroskop,
- e) Möglichkeit zur Impedanzmessung (Tympanometrie und Stapediusreflexmessung).

Sonstige Vorgaben / Anforderungen

Ich versichere, dass ich den sonstigen Vorgaben/Anforderungen der Vereinbarung (Umfang der Hörgeräteversorgung, Organisatorische Anforderungen, ärztliche Dokumentation, Auflage zur Aufrechterhaltung der Genehmigung) in vollem Umfang nachkommen werde.

Erklärung des Antragstellers/der Antragstellerin:

Ich versichere die Vollständigkeit und Richtigkeit der v. g. Angaben.

Mir ist bekannt, dass die KVS die zuständige Kommission beauftragen kann, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis/Klinik daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung entsprechen. Hierzu gebe ich mein Einverständnis.

Eine Genehmigung ist für jeden Ort der Leistungserbringung erforderlich.

Mir ist bekannt, dass gemäß § 20 Abs. 2 der Satzung der KV Saarland eine Gebühr zu entrichten ist.

Ich versichere hiermit die Vollständigkeit und Richtigkeit aller vorstehenden Angaben.

Datum

Unterschrift Leistungserbringer/in

ggf. Stempel**Bei angestellten Ärzten:**

Datum

Unterschrift anstellende/r Arzt/Ärztin
bzw. Ärztliche/r Leiter/in des MVZ

Stempel