

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

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

Praxisstempel

Bestätigung über eine Apparategemeinschaft

für Leistungen der tonschwellenaudiometrischen Untersuchung

Hiermit bestätige/n ich/wir, dass

Frau/Herr _____

(Titel, Vor- und Zuname sowie Fachgruppe)

ab dem _____

(genauer Zeitpunkt)

folgendes Gerät in meiner/unsere Praxis/Klinik mit nutzt:

Gerät für die Durchführung der tonschwellenaudiometrischen Untersuchung:

(Firma)

(Gerätetyp)

(Baujahr)

Ein jeweiliger Gerätenachweis gemäß des EBM liegt der KV Berlin, Abt. Qualitätssicherung,

- bereits vor
 bzw. ist beigefügt

Berlin, den

Unterschrift und Arztstempel

Hinweis: Die o.g. Bestätigung kann nur vollständig ausgefüllt anerkannt werden!