

Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6A
14057 Berlin

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

Praxisstempel

Gerätenachweis

zur Durchführung von Leistungen für tonschwellenaudiometrische Untersuchungen gemäß des EBM

Eigentümer: _____

Praxisanschrift: _____

Gerätestandort

Das Gerät
ist mein Eigentum

oder

wird in Apparatgemeinschaft

mit: _____

am Standort _____ genutzt

und ist

bitte ankreuzen: Neugerät

Austauschgerät
(alte Geräte nicht mehr vorhanden)

Zusätzliche Geräte

Standort der Einrichtung: _____

Angaben über das vg. Audiometer

Art: _____

Gerätetyp: _____

Hersteller: _____

Baujahr: _____ Datum der Inbetriebnahme: _____

Letzte Wartung am: _____ **(Aktuelles Mess- und Prüfprotokoll bitte beifügen!)**

BESTÄTIGUNG

Der Gerätenachweis kann erfolgen durch:

1. Unterschrift des Herstellers / Lieferanten des Audiometers:

Als Gerätehersteller/Lieferant bestätigen wir, dass das vg. Audiometer den Anforderungen des EBM entspricht und von der PTB bzw. entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassen wurde.

Datum

Unterschrift und Stempel des Herstellers/Lieferanten

oder

2. Einreichung einer Rechnungskopie des Audiometers
(nicht älter als 1 Jahr)

Berlin, den _____

Unterschrift + Arztstempel

ggf. Unterschrift der/des ärztlichen Leiterin/Leiters der
Einrichtung (MVZ) bzw. der/des anstellenden Ärztin/Arztes