

Erweiterter Landesausschuss
der Ärzte, der Krankenhäuser und der Krankenkassen
in der Freien und Hansestadt Hamburg
Geschäftsstelle
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg



Nachweis der fachlichen Befähigung für die Erbringung von Leistungen der Bestimmung der Otoakustischer Emissionen im Rahmen der ASV – Tuberkulose und atypische Mykobakteriose

Hinweise:

Der Behandlungsumfang ergibt sich erkrankungs- oder leistungsbezogen aus dem Appendix der Anlage 2 a) Tuberkulose und atypische Mykobakteriose. ASV-Berechtigte sind daher nur berechtigt Leistungen anzuzeigen und zu erbringen, die gemäß diesem Appendix zum Behandlungsumfang der jeweiligen Arztgruppe gehören.

Die verwendeten Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen richten sich nach der (Muster-) Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer und schließen auch Ärzte ein, welche eine entsprechende Bezeichnung nach altem Recht führen.

Die Personenbezeichnungen werden einheitlich und neutral sowohl für die weibliche, männliche als auch diverse Form verwendet

Die Anzeige erfolgt für:

Name, Vorname, ggf. Titel

Fachgebiet

ASV-Team, ggf. ASV-Teamnummer

Die Leistungen werden am Tätigkeitsort der Teamleitung erbracht:

- ja nein, Leistungen werden am folgenden **Tätigkeitsort** erbracht:

Angabe der Anschrift; Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Leistungen, die im Rahmen der ASV erbracht werden sollen

- Abklärung einer vestibulo-cochleären Erkrankung mittels Messung(en) otoakustischer Emission (GOP 09324 EBM)

Qualifikation

Ich bin Facharzt für

- Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Hinweis: Die entsprechenden Nachweise sind der Anzeige beizufügen.

Apparative Anforderungen

Für das genutzte Gerät ist eine Gewährleistungsgarantie des Herstellers beigelegt.

Rechtlicher Hintergrund

Anlage 1 --- Nr. 5 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung
Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung § 116b SGB V - ASV-RL.

Ich versichere die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum

Unterschrift Teammitglied

Gewährleistungsgarantie

(von der betreuenden Herstellerfirma auszufüllen)

Zur Durchführung und Abrechnung der Bestimmung der otoakustischen Emissionen

Name des Vertragsarztes

Name des Krankenhauses

Praxis (Gerätestandort):

Gerät:

Hersteller:

Baujahr:

Datum der Inbetriebnahme:

Eine entsprechende Gewährleistungsgarantie des Herstellers erfüllt diese Bedingung:

- Angabe zum Nachweis der Reproduzierbarkeit des Messergebnisses (z.B. Korrelation zwischen Ergebnissen mehrere 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) Angabe der Fehlerhäufigkeit des laufenden Messvorgangs
- Anzeige des Messablaufes einschließlich der o. g. Kontrollen auf Bildschirm und Dokumentation der Ergebnisse unter Einschluss der Kontrollen

Hiermit wird bestätigt, dass das o. g. Gerät den Anforderungen gemäß der Richtlinie des G-BA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung entspricht.

Ort/Datum

Unterschrift / Firmenstempel