

E-Mail [genehmigung@kv-rlp.de](mailto:genehmigung@kv-rlp.de)  
Fax 06131 326-327  
Telefon 06131 326-326

[www.kv-rlp.de/899913](http://www.kv-rlp.de/899913)

**A N T R A G**  
**zur Ausführung und Abrechnung der Bestimmung der**  
**otoakustischen Emissionen**

Richtlinien Methoden vertragsärztliche Versorgung gem. § 135 Abs. 1 SGB V

<b>I. Angaben zum Leistungserbringer</b>
--

.....  
ggf. Titel Vorname, Name geb. am

.....  
Gebiets- oder Facharztbezeichnung

.....  
Wohnungsanschrift (falls die vertragsärztliche Tätigkeit noch nicht aufgenommen wurde) Telefon

.....  
E-Mail-Adresse

.....  
Betriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
Nebenbetriebsstätte (PLZ Ort, Straße, Hausnummer) Telefon

.....  
weitere Nebenbetriebsstätte

Im Bereich der KV RLP tätig ab/seit: .....

LANR (falls bekannt) .....

- Einzelpraxis
- Berufsausübungsgemeinschaft
- Ermächtigter Krankenhausarzt
- Angestellter Arzt

## II. Leistungsumfang

Folgende Leistung(en) (GOP-EBM) wird / werden beantragt:

- 09324 Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- 20324 Fachärzte für Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen (Phoniatrie und Pädaudiologie)

## III. Fachliche Anforderungen

**Die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der Bestimmung der otoakustischen Emissionen wurde bereits von einer anderen Kassenärztlichen Vereinigung erteilt.**

- ja (bitte Bescheid beifügen)
- nein

**Falls ja. Wurde diese Berechtigung bislang zurückgenommen, zurückgegeben oder widerrufen?**

- ja
- nein

Ich bin zum Führen der Gebietsbezeichnung „Hals-Nasen-Ohrenheilkunde“ berechtigt.  
oder

Ich bin zum Führen der Gebietsbezeichnung „Phoniatrie und Pädaudiologie“ berechtigt.

**Bitte Urkunde beifügen, sofern diese der KV RLP noch nicht vorliegt.**

## IV. Apparative Ausstattung

Die Angaben zur apparativen Ausstattung sind mittels einer Gewährleistungsgarantie von der jeweiligen Hersteller- bzw. Lieferfirma auszufüllen und durch Unterschrift und Stempel zu bestätigen (s. Anlage). Sofern bereits gemeldete(s) Untersuchungsgerät(e) eingesetzt werden/wird sind die Geräte und der derzeitige Betreiber anzugeben.

Derzeitige(r) Betreiber .....

Geräte-Bezeichnung ..... Standort .....

(vollständige Herstellerangaben)

## V. Allgemeines

- Die Bestimmung der otoakustischen Emissionen darf im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst ab dem Zeitpunkt abgerechnet werden, wenn die erforderliche Genehmigung durch die KV RLP erteilt wurde.
- Für Ärzte, die eine Ermächtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung beantragt haben, wird eine Genehmigung zur Bestimmung der otoakustischen Emissionen nur im Rahmen des ausgesprochenen Ermächtigungsumfanges wirksam.
- Jede apparative Veränderung ist der Kassenärztlichen Vereinigung RLP mitzuteilen.

Der/Die Unterzeichner versichern die Richtigkeit der vorstehend gemachten Angaben.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des ausführenden Arztes

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw.  
der abrechnenden Stelle (anstellender Ver-  
tragsarzt, MVZ, Institut)