

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/899913

GEWÄHRLEISTUNGSGARANTIE

über die apparative Ausstattung zur Bestimmung der otoakustischen Emissionen

- nur vom Hersteller/Lieferanten auszufüllen -

Name des Vertragsarztes bzw.
der abrechnenden Stelle
(anstellender Vertragsarzt, MVZ, Institut): _____

1. Der o.a. Vertragsarztpraxis steht zur Bestimmung der otoakustischen Emissionen folgendes Gerät zur Verfügung:

Herstellerfirma: _____

Typenbezeichnung: _____

Seriennummer: _____

Baujahr: _____

Apparatur betriebsbereit ab/seit: _____

2. Gerätestandort: _____
(Ort, Straße, Hausnummer)

3. Erklärungen:

3.1 Das angegebene Gerät gewährleistet den Nachweis der Reproduzierbarkeit des Messergebnisses (z.B. Korrelation zwischen Ergebnissen mehrerer in unmittelbarem zeitlichem Zusammenhang an demselben Patienten gewonnener Messreihen).

ja nein

3.2 Das angegebene Gerät ermöglicht die Kontrolle der Stabilität der Messsondenposition und der Stimulusqualität durch zeitliche Darstellung von Reiz und Reizantwort oder durch registrierte Angabe der Artefakte.

ja nein

3.3 Das angegebene Gerät gewährleistet die hardware- und softwaremäßige Artefakterkennung und -unterdrückung (reizbedingte Artefakte, Bewegungsartefakte, Störgeräuschpegel).

ja nein

3.4 Das angegebene Gerät ermöglicht die Angabe der Fehlerhäufigkeit des laufenden Messvorgangs.

ja nein

3.5 Das angegebene Gerät ermöglicht die Anzeige des Messablaufes einschließlich der o.g. Kontrollen auf Bildschirm und Dokumentation der Ergebnisse unter Einschluss der Kontrollen.

ja nein

.....
Datum

.....
Unterschrift und Stempel der Hersteller-/Lieferantenfirma