

<u>Bitte zurücksenden an:</u>			
KVS- Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz PF 11 64 09070 Chemnitz	KVS- Bezirksgeschäftsstelle Dresden PF 10 06 41 01076 Dresden	KVS- Bezirksgeschäftsstelle Leipzig PF 24 11 52 04331 Leipzig	

Arztstempel

**Gerätemeldung**  
über das verwendete Gerät zur  
Durchführung und Abrechnung der Bestimmung otoakustischer Emission im Rahmen der  
vertragsärztlichen Versorgung

*(vom Praxisinhaber/Vertretungsberechtigten auszufüllen)*

**1. Allgemeine Angaben**

<b>Eigentümer des Geräts</b>	<b>Ggf. Angabe LANR:</b>
_____	_____

<b>Nutzer des Geräts</b> <b>(Name, Vorname):</b>	<b>LANR:</b>
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

**2. Erklärung**

Für die Angaben zur apparativen Ausstattung wird für jedes Gerät ein neuer Gerätemeldebogen inkl. Gewährleistungserklärung eingereicht. Jede Veränderung des zugelassenen Geräts wird unverzüglich der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen mitgeteilt.

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift(en) Praxisinhaber/Vertretungsberechtigter

## Gewährleistungserklärung (nur von der Hersteller-, Liefer- oder Servicefirma auszufüllen)

Die Erbringung der Leistungen erfolgt mit einem **Gerät zur Bestimmung otoakustischer Emission** entsprechend der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ entspr. Anlage I Nr. 5 in der Fassung vom 17. Januar 2006:

<b>Herstellerfirma:</b>	_____
	_____
	(Adresse)
<b>Gerätebezeichnung/ Gerätetyp:</b>	_____
	(vollständige Herstellerangaben)
<b>Gerätenummer:</b>	_____
	(Seriennummer)
<b>Baujahr:</b>	_____
<b>CE-Kennzeichen:</b>	_____

Es wird bestätigt, dass das verwendete Gerät den Anforderungen nach der „Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung“ entspr. Anlage I Nr. 5.3 sowie den Sicherheitsanforderungen des Medizinproduktegesetzes (MPG) entsprechen:

- Angabe zum Nachweis der Reproduzierbarkeit des Messergebnisses (z. B. Korrelation zwischen Ergebnissen mehrerer 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

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift der Hersteller-, Liefer- oder Servicefirma

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner