

Anhang 17 ÄRZTLICHE VERSCHREIBUNG FÜR DIE VERSORGUNG MIT EINEM HÖRGERÄT

1. VOM VERSCHREIBENDEN ARZT AUSZUFÜLLEN

Name und Vorname des Patienten:

.....

Ausfüllen oder ersatzweise Aufkleber der Krankenkasse verwenden

Krankenkasse:

Name und Vorname des (eigenständig) Versicherten:

Anschrift des (eigenständig) Versicherten:

Einschreibungsnummer bei der sozialen Sicherheit (ENSS) (Nationalnummer):

[] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

VERORDNUNG DER TESTS FÜR DIE HÖRHILFE

Der/die Unterzeichnende, Facharzt/Fachärztin für Hals-, Nasen und Ohrenkrankheiten, erklärt hiermit,

- die Tests für Hörgeräte auf der Grundlage eines Tonaudiogramms anzuordnen, das weiter unten oder auf einem beigefügten Blatt dokumentiert ist;
- dass die Tests ausnahmsweise und aus medizinischen Gründen beim Leistungsempfänger zu Hause durchgeführt werden dürfen.

Name und Vorname des verschreibenden Arztes/der verschreibenden Ärztin:

.....

Anschrift:

.....

LIKIV-Zulassungsnummer: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Datum:

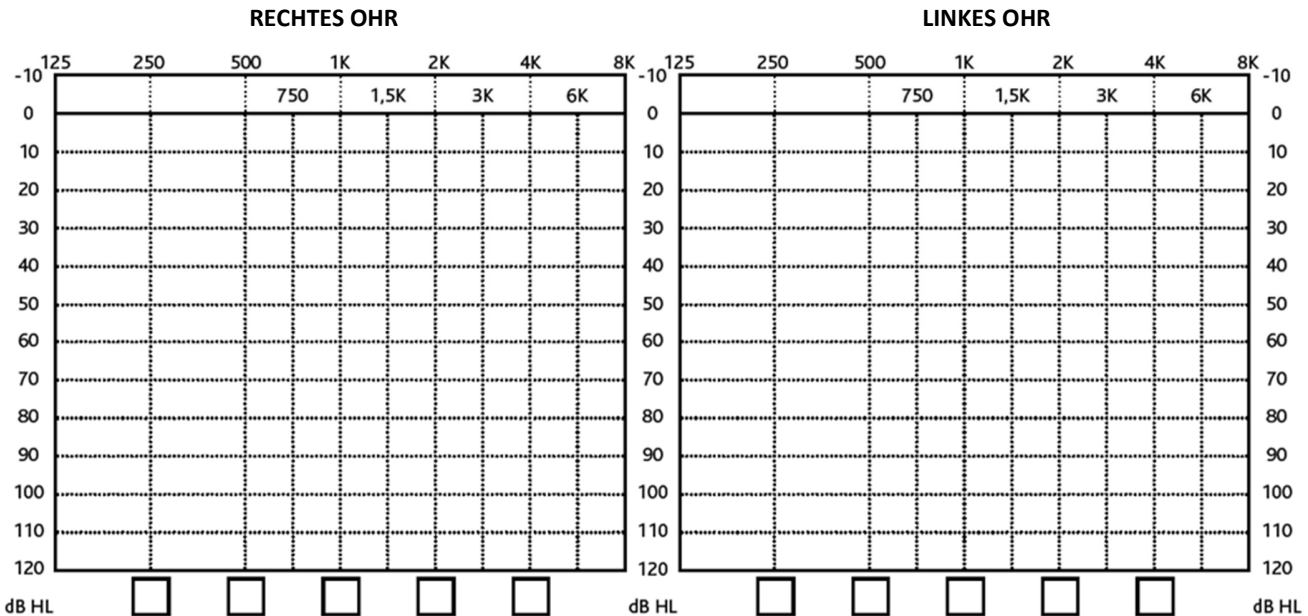
Unterschrift:

Tonaudiometrie

R L

Luftleitung X

Knochenleitung



Bitte überprüfen Sie die drei Frequenzen, die zur Berechnung des durchschnittlichen Hörverlusts verwendet werden

Anhang 17 (Fortsetzung)

2. VOM HÖRGERÄTEAKUSTIKER AUSZUFÜLLEN

Der/die Unterzeichnende erklärt hiermit,

- die Tests für die Geräte zur Korrektur des Gehörs durchgeführt zu haben in der Zeit vom bis zum
- dem Arzt einen vollständigen Bericht zugestellt zu haben, mit zahlenmäßiger Bewertung des Hörgewinns oder anderer Angaben, aus denen sich die Wirksamkeit der Hörkorrektur ermessem lässt. (Eine Abschrift des ausführlichen Testberichts und eventuelle der COSI-Fragebogen ist/sind diesem Vordruck beizufügen, damit der Vertrauensarzt der Krankenkasse hiervon Kenntnis nehmen kann, wenn er eine endgültige Entscheidung über die Kostenerstattung der apparativen Hörkorrektur treffen soll);
- festgestellt zu haben, dass die Ergebnisse der Tests unzureichend waren. (Eine Abschrift des ausführlichen Testberichts ist diesem Vordruck beizufügen, und in diesem Fall darf der pauschale Erstattungssatz der Krankenversicherung für einen Teil der anfallenden Materialkosten abgerechnet werden.)

Name und Vorname des/der Hörgeräteakustikers/Hörgeräteakustikerin:

.....

Anschrift:

LIKIV-Zulassungsnummer: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Datum:

Unterschrift:

3. VOM VERSCHREIBENDEN ARZT AUSZUFÜLLEN - VERORDNUNG DES HÖRGERÄTS

Der/die unterzeichnende Hals-, Nasen- und Ohrenfacharzt/-ärztin erklärt hiermit, aufgrund der Testergebnisse einer Hörkorrektur, die ihm/ihr vorgelegt wurden, ein Hörgerät zu verordnen, das nach dem folgenden Prinzip funktioniert:

a) Luftleitung

Leistungsnummer

monophones Hörgerät

stereophones Hörgerät

kontralaterales Hörgerät

b) Knochenleitung

Zuschlag

Name und Vorname des verschreibenden Arztes/der verschreibenden Ärztin:

.....

Anschrift:

LIKIV-Zulassungsnummer: [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Datum:

Unterschrift:

4. KRANKENVERSICHERUNGSTRÄGER

Vertrauensarzt/Vertrauensärztin

Der/die Unterzeichnende erklärt hiermit, die Erstattung der Leistung Nr.

.....

zu genehmigen

nicht zu genehmigen

Datum, Name und Unterschrift des Vertrauensarztes/der Vertrauensärztin,

Kostenzusage

Der Versicherungsträger verpflichtet sich, die Kosten, die sich auf die Erbringung der nebenstehenden Leistung(en) beziehen, gemäß den in den Vorschriften über die Gesundheits- und Entschädigungspflichtversicherung festgelegten Bedingungen zu erstatten.

Name und Unterschrift des zuständigen Mitarbeiters der Krankenkasse

Datum:

Gelesen und genehmigt, um der Verordnung vom 12. November 2012 beigefügt zu werden

Der leitende Beamte,

Der Vorsitzende,

H. DE RIDDER

G. PERL