Nachweisversendung an: KVN, Vertragsärztliche Versorgung, Berliner Allee 22, 30175 Hannover oder per Fax an: 0511 380 4618

Name und Kontaktdaten des Arztes (**Leistungserbringer**):

_____

_____

Lebenslange Arztnummer (LANR) _____

Betriebsstättennummer (BSNR) _____

Selbstauskunft

gemäß Qualitätssicherungsrichtlinie Hörgeräteversorgung § 8 Abs. 2.

Der Nachweis theoretischer Kenntnisse in der Diagnostik, Therapie und Versorgung von Hörstörungen sowie Kenntnisse über die jeweils aktuelle Hörgerätetechnik in Bezug auf die audiologischen Befunde ist durch die Erlangung von 7 Fortbildungspunkten in regelmäßigen Abständen von 2 Jahren zu erbringen.

Folgende Fortbildungen habe ich besucht und weise hiermit den Erwerb von mindestens 7 Fortbildungspunkte zu den o. g. Themen nach:

Thema der Fortbildung	Datum	Uhrzeit	Ort der Fortbildung	Anzahl der Fortbildungs-punkte

Mit Versenden dieser Selbstauskunft erkläre ich, gemäß der Qualitätssicherungsrichtlinie Hörgeräteversorgung § 8 Abs. 2, die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner oben gemachten Angaben.

Versenden