

## Checkliste rechnungsbegründende Unterlagen

### Hörgeräteversorgung (rechts, links, beidseitig ist anzugeben)

#### ✓ Rechnung

- Sind alle Abrechnungspositionsnummern, Hilfsmittelkennzeichen und die im vdek-Vertrag geregelten Produktbesonderheiten vorhanden?  
(Falls Abrechnungspositionsnummern noch nicht vergeben wurden, bitte ggf. beim Kostenträger eine Genehmigung einholen). Einige Kostenträger akzeptieren technische Datenblätter der neuen Geräte als Anlage zu den Rechnungen. Bitte berücksichtigen Sie hier die Individualitäten der Kostenträger.
- **Sonderfall:** Bei Abrechnungen für die Berufsgenossenschaften und Unfallkassen müssen zwingend die korrekten 10-stelligen Abrechnungspositionen angegeben werden, die vom Hersteller beantragt wurden. Eine elektronische Übermittlung der Rechnungen ist sonst nicht möglich.

#### ✓ Ohrenärztliche Verordnung von Hörhilfen (Muster 15)

- (Erstversorgungen, vorzeitige Neuversorgungen oder je nach Kostenträger medizinisch gebotene erneute Therapieentscheidung nach Ablauf von 6 Jahren)
- Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes (ärztliche Bescheinigung)
  - Datum, Stempel und Unterschrift des Akustikers
  - Datum und Unterschrift des Kunden (Empfangsbestätigung)
  - Bitte machen Sie deutlich, ob es sich um eine Erst-, Folge- oder vorzeitige Neuversorgung handelt!

#### ✓ Hilfsmittelkennzeichen\*

00 = Neulieferung; 01 = Reparatur; 04 = Nachlieferung; 06 = Abgabe eines von der Verordnung abweichenden, höherwertigen Hilfsmittels; 08 = Vergütungspauschale; 10 = Folgeversorgung; 11 = Ersatzbeschaffung; 12 = Zubehör; 13 = Reparaturpauschale; 19= Abbruch

#### Diagnoseschlüssel:

Bitte nennen Sie, wenn möglich, den auf der Verordnung angegebenen Diagnoseschlüssel sowie den -text. Die Angaben sind zum Teil je nach Anforderung der Kostenträger optional. Sie sind jedoch auf Anforderung der Kostenträger im Datenaustausch zu übermitteln und in diesen Fällen mit anzugeben.

#### ✓ Anpass-Abschlussbericht\*

- Stempel und Unterschrift des Akustikers

#### ✓ Vertragsleistungserklärung: (BKKen) \*

- Bezeichnung des Hörsystems
- 10-stellige Hilfsmittelpositionsnummer
- Datum der Abgabe

#### ✓ Patientenbogen / Versichertenerklärung / Mehrkostenerklärung / Empfangsbestätigung\*

- Unterschrift des Kunden
- ggf. Stempel und Unterschrift des Akustikers (siehe individuelle Vorlage aus den Verträgen)

#### ✓ Versorgungsanzeige oder Kostenvoranschlag (elektronisch)\*

- Angabe der Genehmigungsnummern und Datum
- genehmigter Betrag (oder das Vorgangsprotokoll von egeko / MIP / HMM )

#### ✓ Angabe des Aktenzeichens bei Abrechnungen mit Unfallversicherungsträgern (BGen)

- Bitte geben Sie bei Hörgeräteversorgungen sowie Reparaturen von Hörgeräten immer das Aktenzeichen mit an.

\*Bitte achten Sie auf eventuell unterschiedliche Vertragsbedingungen mit den Kostenträgern.

### Reparaturen von Hörhilfen (rechts, links, beidseitig ist anzugeben)

#### ✓ Rechnung

- Sind alle Abrechnungspositionsnummern vorhanden?

#### ✓ Lieferschein / Empfangsbestätigung

- Unterschrift des Kunden und Datum

#### ✓ Kostenvoranschlag (elektronisch)

- Angabe der Genehmigungsnummern und Datum
- genehmigter Betrag (oder das Vorgangsprotokoll von egeko / MIP / HMM )

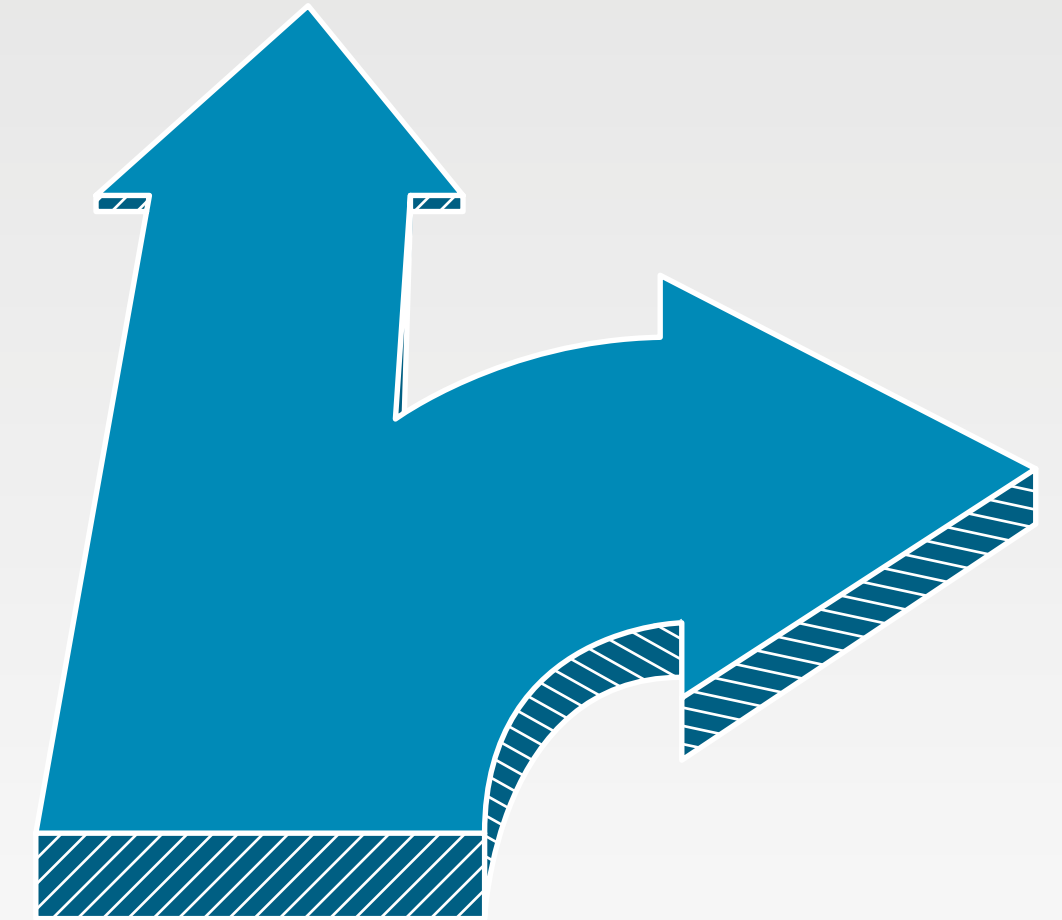
**Tipp:** Beachten Sie die unterschiedlichen Freigrenzen der Kostenträger!

Stand: 01.10.2018

# WEGWEISER

## zur ohrenärztlichen Verordnung einer Hörhilfe

Stand: Februar 2019



Sie haben Fragen? Wir beraten Sie gern!

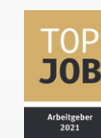
0201 32068-333

Beratung für Interessenten

0201 890611-906

Kundenservice

Unsere Servicezeiten: Mo. – Fr. 07:00 – 19:00 Uhr



Mit uns geht das.

Sie möchten wissen, wie wir die Zukunft gemeinsam mit Ihnen gestalten? Mehr Infos unter [optadata.de](https://optadata.de)



50 Jahre opta data ZUKUNFT. GEMEINSAM. GESTALTEN.

50 Jahre opta data ZUKUNFT. GEMEINSAM. GESTALTEN.

## Hinweise zur Verordnung

### Angaben des Arztes

- 1 Wichtig ist hierbei vor allem die eindeutige Kostenträgerbezeichnung.
- 2 Fehlt die Versicherten-Nummer, müssen mindestens die Adresse und das Geburtsdatum vollständig angegeben sein.
- 3 Hier muss das Institutionskennzeichen des Kostenträgers eingetragen sein.
- 4 Die Versicherten-Nummer muss an dieser Stelle stehen.
- 5 Hier erfolgt der Eintrag des Versichertenstatus.
- 6 Die Angabe der Betriebsstätten-Nummer des Arztes erfolgt hier.
- 7 Die Angabe der lebenslangen Arzt-Nummer erfolgt in diesem Feld.
- 8 Hier steht das Ausstellungsdatum der Verordnung.

### Ihre Angaben nach § 302 SGB V

#### Vorderseite

- 9 Tragen Sie bitte hier das Institutionskennzeichen Ihrer Firma ein.
- 10 In diesem Feld können Sie Ihre individuelle Rechnungsnummer und Belegnummer eintragen, die dann von opta data erfasst und in den Abrechnungsunterlagen ausgewiesen wird. Diese Dienstleistung bieten wir Ihnen kostengünstig an.
- 11 Dieses Feld muss unbedingt angekreuzt und ggf. begründet werden.
- 12 Hier werden die Details des Ohrbefundes dokumentiert. (Alternativ kann das Ton-Audiogramm auch als Anlage beigefügt werden.)
- 13 – 14 Bitte achten Sie darauf, dass das Feld Diagnose gefüllt ist. Dies gilt auch für die darunter stehenden Felder inklusive des Vertragsarzt-Stempels und der Unterschrift des Arztes (14).

#### Angabe der Mehrkosten

Grundsätzlich empfiehlt es sich, die Mehrkosten stets an der gleichen Stelle bei der Vorbereitung der Abrechnungsunterlagen anzugeben.

Folgende Möglichkeiten bestehen:

1. Angabe der Mehrkosten auf der Versichertendokumentation. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Unterlagen mitgesendet werden, auch wenn das Formular oftmals keine rechnungsbegründende Unterlage ist. Vorteil: Im Online Kundencenter haben Sie stets auf die digitale Version der Versichertendokumentation Zugriff und sind im Falle einer Kontrolle durch Kostenträger schnell handlungsfähig.
2. Angabe der Mehrkosten auf der Rechnung.

#### Rückseite

- 15 Kostenvoranschlag: Hier können Sie die Ergebnisse der Vergleichsanpassung eintragen. Bitte fügen Sie die nötigen Anlagen (z. B. Anpassbericht 5a/b aus dem vdek-Vertrag) aus den jeweiligen Kostenträgerverträgen hinzu.
- 16 Hier können Sie Ihren Versorgungsvorschlag einschließlich Positionsnummer, Begründung, Gesamtpreis, Ausstellungsdatum und Firmenstempel eintragen (Alternative: detaillierte Kostenaufstellung als Anlage, bzw. eKV via egeko.)
- 17 Angaben für den Kostenvoranschlag im Falle einer Tinnitusversorgung.
- 18 Je nach Erfordernis des Kostenträgers ist hier die Bescheinigung des Arztes über die Hörverbesserung beim Patienten nach der Versorgung einzuholen.
- 19 Ist ein Kostenvoranschlag erforderlich, muss eine Kostenübernahme der Kostenträger vorliegen. (Die unterschiedlichen Anforderungen der Kostenträger sind zu beachten z. B. eKV.)
- 20 Der Empfang des Hörgerätes muss vom Patienten per Unterschrift bestätigt werden.  
**Achtung:** Das Leistungserbringungsdatum darf nie früher als das Verordnungsdatum sein!



Seit dem 1. April 2018 sind Sie laut HHVG dazu verpflichtet, die Mehrkosten (Private Aufzahlungen gemäß § 33 Abs. 1 Satz 5 SGB V) bei der Abrechnung anzugeben.

## Die Hilfsmittelverordnung (bitte rechte Seite aufklappen)

**Freigabe 01.09.2014**

Krankenkasse bzw. Kostenträger  
**1**

Name, Vorname des Versicherten  
**2** geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status  
**3** **4** **5**

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum  
**6** **7** **8**

**Ohrbefund**

**12** Gehörgang normal  operativ erweitert  eng   
Trommelfell intakt  durchlöchert  feucht

**15**

IK des Leistungserbringers  
**9**

Rechnungsnummer **10** Belegnummer

Der Anspruchsberechtigte war schon Träger eines Gerätes ja  nein   
Falls ja, warum entspricht das bisher getragene Gerät nicht mehr den Anforderungen?  
**11**

**Ohrbefund**

Rechts **R** Links **L**  
Gehörgang normal  operativ erweitert  eng   
Trommelfell intakt  durchlöchert  feucht

**13** Diagnose

Hörhilfe ist notwendig rechts  links  beiderseits

Tinnitusmasker / Tinnitusinstrument notwendig

rechts  kHz verdeckbar dB  links  kHz verdeckbar dB

Die Schwerhörigkeit ist Folge von Unfall, Unfallfolgen  Versorgungs-leiden (BVG)

Die audiometrischen Untersuchungen wurden von mir bzw. unter meiner Verantwortung vorgenommen

**15** **Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe**

**15** Nach den durchgeführten Hörproben schlage ich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit folgende Versorgung vor

Gerät \_\_\_\_\_ Positionsnummer \_\_\_\_\_

Begründung \_\_\_\_\_

Gesamtpreis \_\_\_\_\_ Euro

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

**17** **Kostenvoranschlag für**

Tinnitusmasker  Tinnitusinstrument

Gesamtpreis \_\_\_\_\_ Euro

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

**15** **Freigabe 01.09.2014**

**15** **Ohrenärztliche Verordnung einer Hörhilfe**

**15** Nach den durchgeführten Hörproben schlage ich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit folgende Versorgung vor

Gerät \_\_\_\_\_ Positionsnummer \_\_\_\_\_

Begründung \_\_\_\_\_

Gesamtpreis \_\_\_\_\_ Euro

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

**17** **Kostenvoranschlag für**

Tinnitusmasker  Tinnitusinstrument

Gesamtpreis \_\_\_\_\_ Euro

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

**19** **Leistung der Krankenkasse**

Die Krankenkasse übernimmt \_\_\_\_\_ Euro

Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

**18** **Ärztliche Bescheinigung**

Ich habe mich davon überzeugt, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird. Das vorgeschlagene Gerät ist zweckmäßig

Ich habe mich davon überzeugt, dass der Tinnitusmasker / das Tinnitusinstrument ausreichend zweckmäßig ist

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

**19** **Leistung der Krankenkasse**

Die Krankenkasse übernimmt \_\_\_\_\_ Euro

Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

**20** **Empfangsbestätigung**

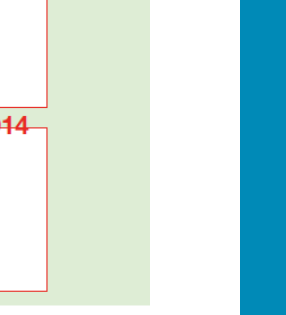
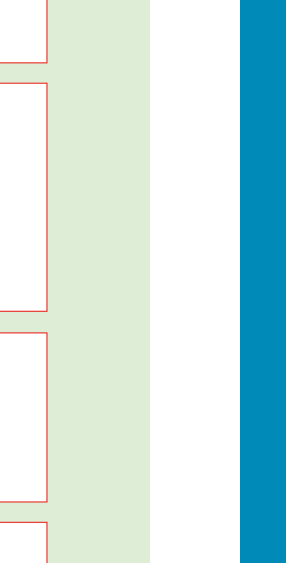
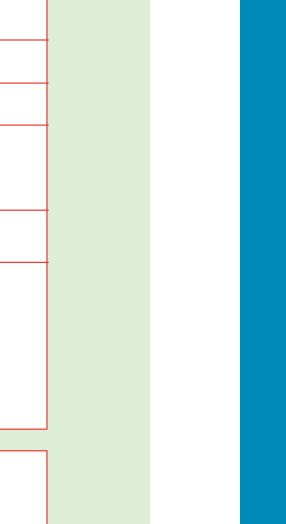
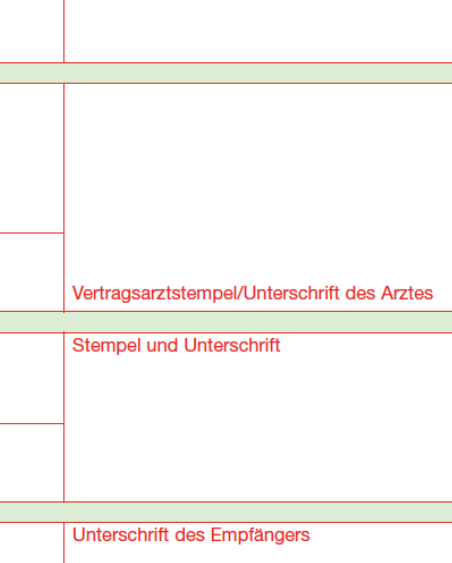
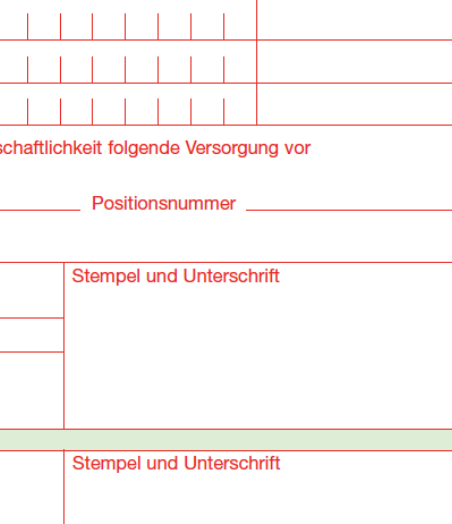
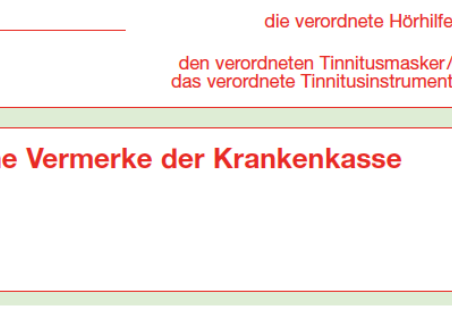
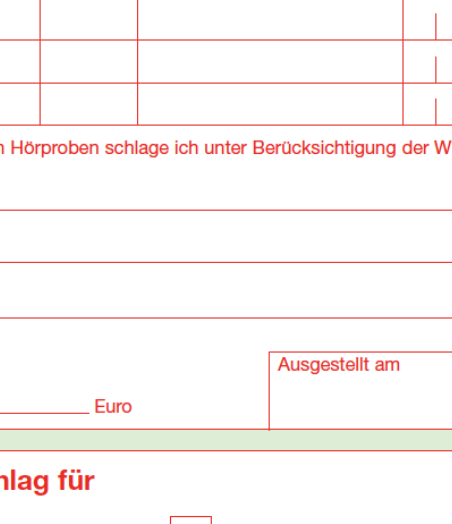
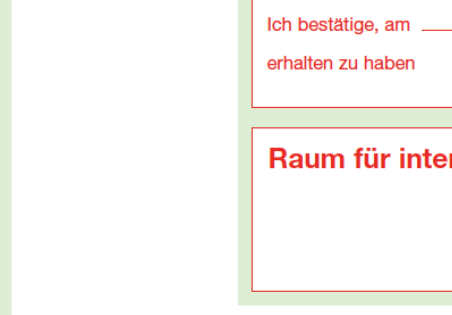
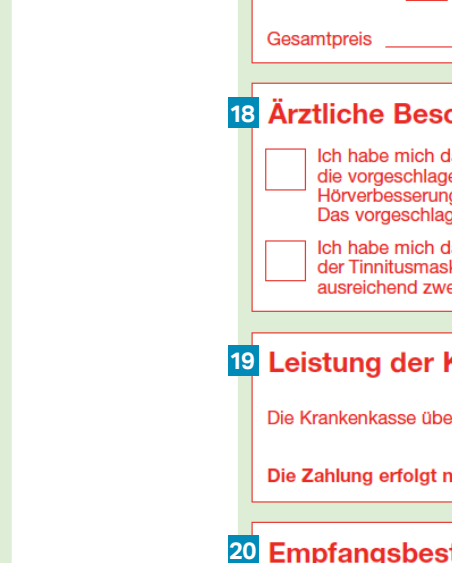
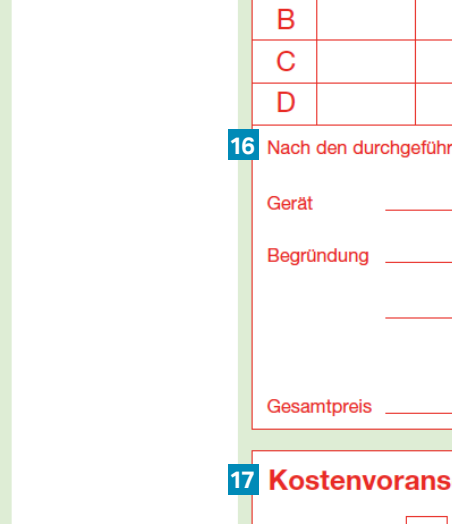
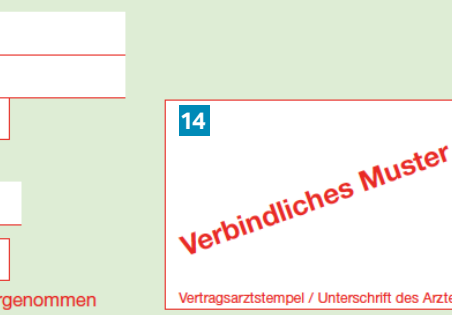
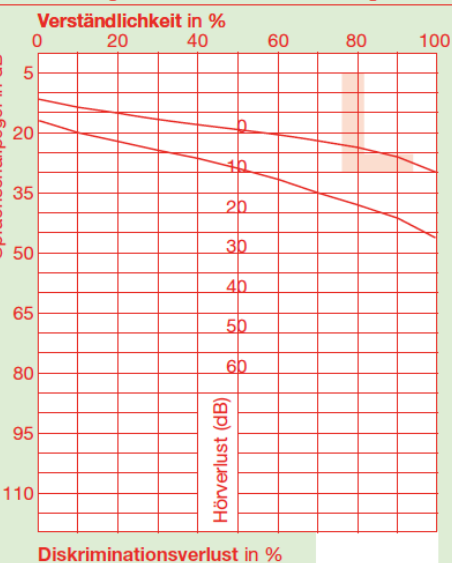
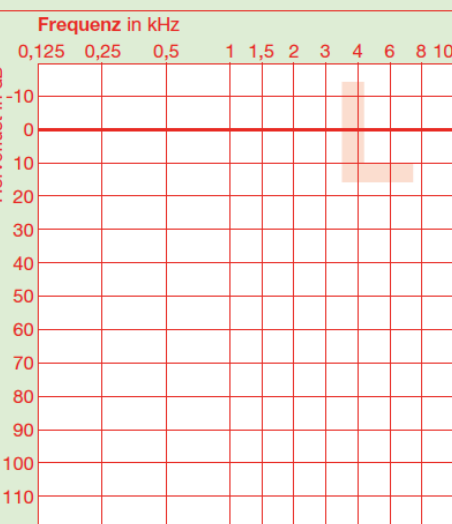
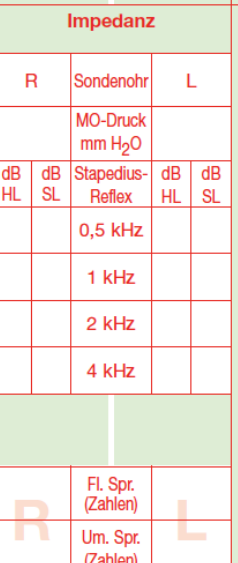
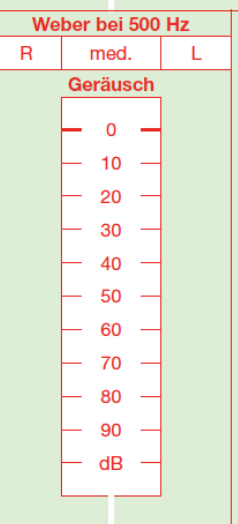
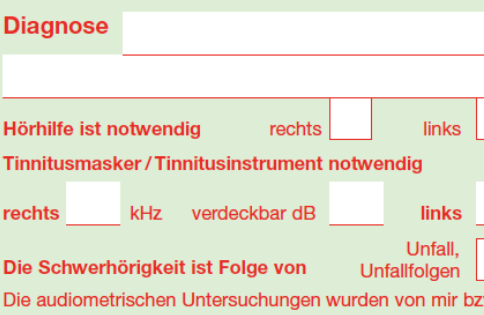
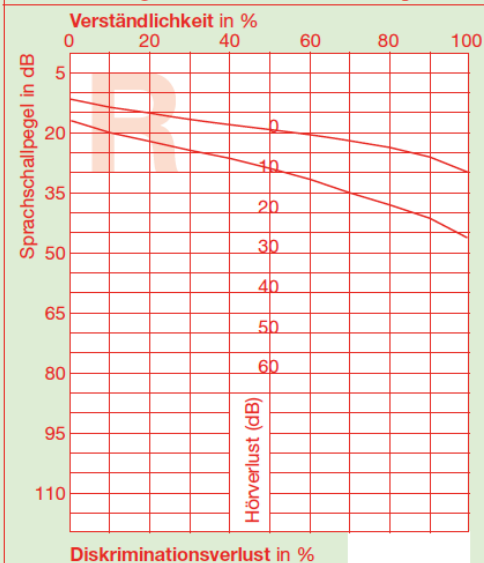
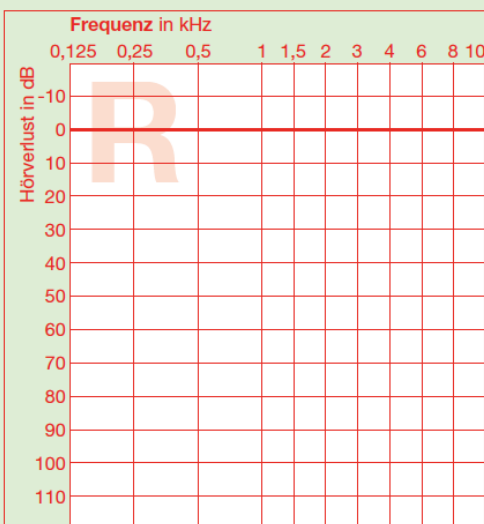
Ich bestätige, am \_\_\_\_\_ die verordnete Hörhilfe   
erhalten zu haben \_\_\_\_\_ den verordneten Tinnitusmasker/ das verordnete Tinnitusinstrument

Unterschrift des Empfängers \_\_\_\_\_

**14** **Verbindliches Muster**

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

Muster 15 (10.2014)



### Wichtiger Hinweis für den Versicherten

Die Krankenkassen übernehmen die Kosten für Hörgeräte/Tinnitusmasker/Tinnitusinstrumente bis zu einem Festbetrag

### 15 Kostenvoranschlag des Hörgeräteakustikers

Hörvermögen über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand ohne Hörgerät)

- a) mit Einsilbern \_\_\_\_\_ % oder
- b) mit Mehrsilbern \_\_\_\_\_ % (entsprechend DIN 45621) oder
- c) mit Sätzen \_\_\_\_\_ % (Marburger Satztest nach Niemeier)

Vergleich verschiedener Hörgeräte über Lautsprecher (65 dB bei 1 m Abstand)

	Nr. der Gruppe	Zahlen	Wörter	Sätze	Fabrikat Typ	Hilfsmittelpositionsnummer	Verstanden
A							
B							
C							
D							

16 Nach den durchgeführten Hörproben schlage ich unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit folgende Versorgung vor

Gerät \_\_\_\_\_ Positionsnummer \_\_\_\_\_

Begründung \_\_\_\_\_

Gesamtpreis \_\_\_\_\_ Euro

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

### 17 Kostenvoranschlag für

Tinnitusmasker  Tinnitusinstrument

Gesamtpreis \_\_\_\_\_ Euro

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

### 18 Ärztliche Bescheinigung

Ich habe mich davon überzeugt, dass durch die vorgeschlagene Hörhilfe eine ausreichende Hörverbesserung erzielt wird. Das vorgeschlagene Gerät ist zweckmäßig

Ich habe mich davon überzeugt, dass der Tinnitusmasker / das Tinnitusinstrument ausreichend zweckmäßig ist

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel/Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

### 19 Leistung der Krankenkasse

Die Krankenkasse übernimmt \_\_\_\_\_ Euro

Die Zahlung erfolgt nur auf Grund einer Rechnung

Ausgestellt am \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift \_\_\_\_\_

### 20 Empfangsbestätigung

Ich bestätige, am \_\_\_\_\_ die verordnete Hörhilfe   
erhalten zu haben \_\_\_\_\_ den verordneten Tinnitusmasker/ das verordnete Tinnitusinstrument

Unterschrift des Empfängers \_\_\_\_\_

### Raum für interne Vermerke der Krankenkasse

Freigabe 01.09.2014

Verbindliches Muster