

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
CoC Qualitätssicherung
Elsenheimerstraße 39
80687 München

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966
E-Mail-Adresse: VER.CoCQS@kvb.de

Anlage

zum Antrag auf Genehmigung der kardiorespiratorischen Polysomnographie

Bescheinigung der fachlichen Qualifikation nach Abschnitt C § 6 Abs. 1 der Qualitäts- sicherungsvereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (QSV) zur Vorlage bei der KVB

Ich bestätige hiermit, dass Frau/Herr _____
(Name des Leistungserbringers)
im Schlaflabor unter meiner Anleitung im Zeitraum: von _____ bis _____
 ganztägig
 berufsbegleitend (Anzahl Wochenstunden: _____)
tätig war.

Folgende Maßnahmen (Mindestfallzahlen) wurden während dieser Zeit durch o.g. Arzt/ Ärztin selbstständig unter meiner Anleitung durchgeführt:

1. Selbständige Durchführung und Dokumentation von mindestens 50 abgeschlossenen Behandlungsfällen bei Patienten mit schlafbezogene Atmungsstörungen unter Anleitung
2. Selbständige Indikationsstellung, Durchführung, Befundung und Dokumentation von mindestens 100 auswertbaren Polysomnographien zur Differentialdiagnostik schlafbezogener Atmungsstörungen unter Anleitung
3. Selbständige Einleitung der Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei mindestens 50 Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Anleitung
4. Selbständige Durchführung, Befundung und Dokumentation von 20 MSLT-Untersuchungen (Multipler-Schlaflatenz-Test) oder vergleichbarer objektiver psychometrischer Wachheits- oder Schläfrigkeitstests unter Anleitung
5. Die Anleitung nach den Nrn. 1 bis 5 hat bei einem Arzt stattzufinden, der mindestens seit drei Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbstständig betreut und behandelt hat.

Ich halte o. g. Arzt/ Ärztin zur selbständigen Durchführung der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen für vollumfänglich geeignet.

Als Nachweis meiner Qualifikation (§ 6 Nr. 6 QSV) als ausbildender Arzt bestätige ich mit meiner Unterschrift, dass ich seit mindestens drei Jahren ein Schlaflabor leite und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbstständig betreut und behandelt habe.

Bemerkungen (optional)

Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift Leiter Schlaflabor

Stempel

