

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
Qualitätssicherung
Elsenheimerstraße 39
80687 München

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

Stempel Antragsteller

Anlage

zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der
kardiorespiratorischen **Polysomnographie (einschl. Polygraphie)**

Gewährleistungserklärung

Nutzer des Geräts	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	

Standort des Geräts
BSNR: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <div style="text-align: right; font-size: small;">Straße, Hausnummer, PLZ, Ort</div>

Gewährleistungserklärung - Polysomnographie

(ab hier nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

Für die Durchführung der beantragten Leistung wird das folgende Gerät eingesetzt:	
Herstellerfirma:	_____



	_____ <small>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort</small>
Geräte-Bezeichnung:	_____
	_____ <small>Vollständige Herstellerangaben</small>
Geräte-Nummer:	_____
	_____ <small>Seriennummer</small>
Baujahr:	_____
Auslieferungsdatum:	_____

Das Gerät erfüllt die im Nachgang bestätigten Mindestanforderungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V.

Zutreffendes bitte ankreuzen

	erfüllt
Das Gerät ist geeignet, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten und den Patienten während des Schlafs im Schlaflabor überwachen zu können	<input type="checkbox"/>
Das Gerät kann nachfolgend genannte Messungen durchführen und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mind. 6 Stunden simultan auf einem Datenträger registrieren:	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrierung der Atmung ▪ Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins) ▪ Elektrokardiographie (EKG) ▪ Aufzeichnung der Körperlage ▪ Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen ▪ Atemfluss oder Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten) ▪ Elektrokulographie (EOG) mit mind. 2 Ableitungen ▪ Elektroenzephalographie (EEG) mit mind. 2 Ableitungen ▪ Elektromyographie (EMG) mit mind. 3 Ableitungen ▪ Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens 	

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum	 Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers
Telefonnummer	 Ansprechpartner (Name in Druckbuchstaben)