

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Vogelsgarten 6  
90402 Nürnberg

Stempel Antragsteller

### Anlage

zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kardiorespiratorischen Polygraphie

### Gewährleistungserklärung

<b>Nutzer des Geräts</b>	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	
LANR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titel _____
Name _____, Vorname _____	

<b>Standort des Geräts</b>
BSNR:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
_____
Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

## Gewährleistungserklärung

(ab hier nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

<b>Für die Durchführung der beantragten Leistung wird das folgende Gerät eingesetzt:</b>	
<b>Herstellerfirma:</b>	<hr/> <hr/> <hr/> <small>Straße, Hausnummer, PLZ, Ort</small>
<b>Geräte-Bezeichnung:</b>	<hr/> <small>Vollständige Herstellerangaben</small>
<b>Geräte-Nummer:</b>	<hr/> <small>Seriennummer</small>
<b>Baujahr:</b>	<hr/>
<b>Auslieferungsdatum:</b>	<hr/>

**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**

	<b>erfüllt</b>
Das Gerät ist geeignet, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten und die abgeleiteten Rohdaten für eine visuelle Auswertung zur Verfügung zu stellen.	<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"> <li>▪ Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)</li> <li>▪ Oxymetrie</li> <li>▪ Aufzeichnung der Herzfrequenz/ Elektrokardiographie</li> <li>▪ Aufzeichnung der Körperlage</li> <li>▪ Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen</li> <li>▪ Atemfluss oder Maskendruckmessung (mit CPAP- oder verwandten Geräten)</li> </ul>	

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner (Name in Druckbuchstaben)