

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 **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-bottom: 5px;"/> <div style="text-align: right; font-size: small;">Straße, Hausnummer, PLZ, Ort</div>

Gewährleistungserklärung - Polygraphie

(ab hier nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

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

	Straße, Hausnummer, PLZ, Ort
Geräte-Bezeichnung:	_____
	Vollständige Herstellerangaben
Geräte-Nummer:	_____
	Seriennummer
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.	<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 (Atemfluss, Schnarchgeräusche) ▪ Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins) ▪ Aufzeichnung der Herzfrequenz (z. B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung) ▪ Aufzeichnung der Körperlage ▪ Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen ▪ Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten) 	

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers



Telefonnummer

Ansprechpartner (Name in Druckbuchstaben)

