

Kassenärztliche Vereinigung Bayerns  
Qualitätssicherung  
Elsenheimerstraße 39  
80687 München

Fax-Nummer: 089/57093 - 64966  
E-Mail-Adresse: [VER.CoCQS@kvb.de](mailto:VER.CoCQS@kvb.de)

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 - Polygraphie

(ab hier nur vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen)

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

**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"> <li>▪ Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)</li> <li>▪ Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)</li> <li>▪ Aufzeichnung der Herzfrequenz (z. B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)</li> <li>▪ Aufzeichnung der Körperlage</li> <li>▪ Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen</li> <li>▪ Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie 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)