

KV HESSEN | Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Qualitätssicherung Team 1
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN

Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

Bestätigung der apparativen Ausstattung durch den Hersteller / Lieferanten

Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der **kardiorespiratorischen Polysomnographie** nach der Gebührenordnungsposition **30901 EBM**

Hinweis: In diesem Formular gelten grammatikalisch maskuline oder feminine Personenbezeichnungen jeweils gleichermaßen für Personen weiblichen und männlichen Geschlechts.

Bitte füllen Sie den Antrag möglichst vollständig und in Druckbuchstaben aus. Sie erleichtern uns damit die Antragsbearbeitung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung! Bei Fragen helfen wir Ihnen gerne weiter.

Qualitätssicherung
Team 1

Heike Sentner
Tel 069 24741-6649
Fax 069 24741-68819
qs.fb1.5@kvhessen.de

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Europa-Allee 90 | 60486 Frankfurt
Postfach 15 02 04 | 60062 Frankfurt
www.kvhessen.de

Persönliche Angaben

Benutzer des Gerätes _____

Anschrift _____

Eigentümer des Gerätes _____

Standort des Gerätes _____

Hersteller/Lieferant _____

Gerätebeschreibung _____

Baujahr _____

Seriennummer _____

Das Gerät wird/wurde am _____ an den Betreiber ausgeliefert.

Apparative Voraussetzungen zur Durchführung der kardiorespiratorischen Polysomnographie

Die sachgerechte Durchführung der Polysomnographie (einschl. Polygraphie) nach der Gebührenordnungsposition 30901 EBM erfordert die Verwendung von Geräten, die geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten und den Patienten während des Schlafes im Schlaflabor überwachen zu können.

Die Geräte im Schlaflabor zur Durchführung der Polysomnographie müssen so ausgestattet sein, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die dazugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können:

- | | |
|--|--------------------------|
| 1. Registrierung der Atmung | <input type="checkbox"/> |
| 2. Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins) | <input type="checkbox"/> |
| 3. Elektrokardiographie (EKG) | <input type="checkbox"/> |
| 4. Aufzeichnung der Körperlage | <input type="checkbox"/> |
| 5. Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen | <input type="checkbox"/> |
| 6. Atemfluss oder Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten) | <input type="checkbox"/> |
| 7. Elektrookulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen | <input type="checkbox"/> |
| 8. Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen | <input type="checkbox"/> |
| 9. Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen | <input type="checkbox"/> |
| 10. Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens | <input type="checkbox"/> |

Bestätigung des Herstellers / Lieferanten

Hiermit wird bestätigt, dass das aufgeführte Gerät die Anforderungen nach § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen vom 01.04.2005 in der ab dem 01.04.2022 geltenden Fassung erfüllt.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift und Stempel des Herstellers/Lieferanten

Stand: 01.04.2022