



Antrag

auf Erteilung der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der **Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen** gemäß der
Qualitätssicherungsvereinbarung § 135 Abs. 2 des Fünften Buches
Sozialgesetzbuch (SGB V) auf der Grundlage der Anlage I Nr. 3 Richtlinie
Methoden vertragsärztliche Versorgung § 135 Abs.1 SGB V

Name: _____

LANR: _____ (wenn bereits bekannt)

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

BSNR: _____ (wenn bereits bekannt)

Telefon: _____

Ich beantrage die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der kardiorespiratorischen:

Polygraphie (GO.-Nr. 30900 EBM) Abschnitte A, B, C und ggf. F))

in eigener Praxis

in der Praxis eines Kollegen

in einem Schlaf-Zentrum

in einem Krankenhaus

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Niederlassung geplant ab: _____

Ermächtigung geplant ab / seit: _____ als: _____

Meine/mein Praxispartnerin/Praxispartner verfügt bereits über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der von mir beantragten Leistung/en.

(Abschnitt A)

Ich besitze die Berechtigung zum Führen der Zusatz-, Gebiets-, Facharzt- und / oder Schwerpunktbezeichnung:

- Schlafmedizin
- Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
- Kinder- und Jugendmedizin (bzw. Kinderheilkunde)
- Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- Neurologie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Innere und Allgemeinmedizin (bzw. Allgemeinmedizin)
- Innere Medizin, Schwerpunktbezeichnung Pneumologie
- Innere Medizin, Schwerpunktbezeichnung Kardiologie

(Abschnitt B)

Nachweis der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung der kardiorespiratorischen Polygraphie (§ 4)

- Ich habe erfolgreich an einem von der KV Nordrhein anerkannten Kurs von **30 Stunden** Dauer, der an mindestens fünf Tagen während der letzten zwölf Monate vor der Antragstellung und innerhalb von sechs Monaten absolviert wurde, teilgenommen (Ablichtung der Teilnahmebestätigung bitte dem Antrag beilegen!).

(Abschnitt C)

Apparative Voraussetzungen zur Ausführung der Polygraphie (§ 5)

- Ich bestätige, dass das von mir zur Durchführung der Polygraphie verwendete Gerät geeignet ist, mindestens die nachfolgend aufgeführten klinisch relevanten Parameter simultan abzuleiten.
 - 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)
- Weiterhin bestätige ich, dass diese Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können und die abgeleiteten Rohdaten für eine visuelle Auswertung zur Verfügung stehen.

Angaben zu dem / den verwendeten Gerät(en) (Apparatenachweis – Muster letzte Seite des Antrages – durch den Hersteller / Vertreiber des Polygraphiegerätes ausfüllen lassen und bitte dem Antrag beilegen!):

Hersteller: _____
Typ: _____
Aufstellungs-
datum: _____

Ich bin damit einverstanden, dass die apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen meiner Praxis, der Praxis meines Kollegen, des Schlaf-Labors bzw. des Krankenhauses, in dem meine Schlafdiagnostik betreibe, nach vorhergehender Absprache gemäß §8 Abs. 3 der Vereinbarung daraufhin überprüft werden können, ob diese den § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen beschriebenen Anforderungen entsprechen. Sollte die Einverständniserklärung zu einer Besichtigung verweigert werden, so nehme ich davon Kenntnis, dass mir die Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung der Polygraphie versagt oder widerrufen werden kann.

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/
bzw. Unterschrift des anstellenden Arztes im MVZ od BAG

Vertragsarztstempel

Unterschrift angestellte Ärztin / angestellter Arzt

KV Nordrhein - Qualitätssicherung -• 40182 Düsseldorf

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
Abt. Qualitätssicherung

40182 Düsseldorf

Apparate-Nachweis

Kardiorespiratorische Polygraphie – Nr. 30900 EBM –

Wir versichern, dass das Gerät

_____ *Bezeichnung*

mit der Seriennummer

mit Gerätestandort

mit Aufstelldatum

folgenden Anforderungen entspricht:

Ja / Nein Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Sechsstündige simultane Registrierung der folgenden Messgrößen auf Datenträger
- 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 abgeleiteten Rohdaten stehen für eine visuelle Auswertung zur Verfügung.

Ort / Datum

Unterschrift und Stempel der
Hersteller- bzw. Lieferfirma