

Mit der Bitte um Ausfüllung und Rücksendung im Original

Körperschaft des öffentlichen Rechts

KV Nordrhein • Hauptstelle • 40182 Düsseldorf

Abteilung für Qualitätssicherung Hauptstelle

Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein
Abt. Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

Apparate-Nachweis

Kardiorespiratorischen Polysomnographie – Nr. 30901 EBM –

Wir versichern, dass das Gerät _____
Typ / Bezeichnung

mit der Seriennummer _____

dem Standort _____

aufgestellt am _____

folgenden Anforderungen entspricht:

Ja / Nein Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Sechsstündige simultane Registrierung der folgenden Messgrößen auf Datenträger
- Registrierung der Atmung
- Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
- Elektrokardiographie (EKG)
- Aufzeichnung der Körperlage
- Messung der abdominalen **und** thorakalen Atembewegungen
- Atemfluss **oder** Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)
- Elektrookulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen
- Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen
- Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen
- Optische **und** akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens

Ort / Datum

Unterschrift und Stempel der
Hersteller- bzw. Lieferfirma

Geschäftszeiten

Montag bis Donnerstag 8:00 bis 17:00 Uhr
Freitag 8:00 bis 13:00 Uhr

Bankverbindung

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank eG,
Düsseldorf
BLZ 300 606 01 Konto 000 141 791 6

IK der KVNo 204206563

IBAN-Nr DE32 3006 0601 0001 4179 16
BIC (Swift Code) DAAEEDDD

