

Bitte zurücksenden an:			
KVS- Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz PF 11 64 09070 Chemnitz	KVS- Bezirksgeschäftsstelle Dresden PF 10 06 41 01076 Dresden	KVS- Bezirksgeschäftsstelle Leipzig PF 24 11 52 04331 Leipzig	

Betreiberstempel

## Anlage 1: Gerätemeldung

### über das verwendete Polysomnographiegerät zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von kardiorespiratorischer Polysomnographie

Für weitere verwendete Geräte ist ein gesondertes Blatt beizufügen.

<b>Nutzer des Gerätes:</b>	<b>LANR</b> (falls bereits vergeben):	<b>Eigentümer des Gerätes (ggf. mit LANR):</b>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____

<b>Standort des Gerätes:</b>	_____
	_____
<b>BSNR/NBSNR</b> (falls bereits vergeben):	_____

### Gewährleistungserklärung – Polysomnographiegerät 1 (nur vom Hersteller/ Vertreiber auszufüllen)

<b>Herstellerfirma:</b>	_____
	(Adresse)
<b>Geräte-Bezeichnung:</b>	_____
	(Vollständige Herstellerangaben)
<b>Geräte-Nummer:</b>	_____
	(Seriennummer)
<b>Baujahr:</b>	_____

Die verwendete apparative Ausstattung erfüllt folgende Parameter nach § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen:

Mindestens folgende Messungen können durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mind. 6 Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden:

- Registrierung der Atmung (Atemfluss und Schnarchgeräusche)
- Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
- Elektrokardiographie (EKG)
- Aufzeichnung der Körperlage
- Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
- Atemfluss und 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

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Herstellers/ Vertreibers

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner

## Gewährleistungserklärung – Polysomnographiegerät 2 (nur vom Hersteller/ Vertreiber auszufüllen)

<b>Herstellerfirma:</b>	_____
	(Adresse)
<b>Geräte-Bezeichnung:</b>	_____
	(Vollständige Herstellerangaben)
<b>Geräte-Nummer:</b>	_____
	(Seriennummer)
<b>Baujahr:</b>	_____

Die verwendete apparative Ausstattung erfüllt folgende Parameter nach § 7 der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen:

Mindestens folgende Messungen können durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mind. 6 Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden:

- Registrierung der Atmung (Atemfluss und Schnarchgeräusche)
- Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
- Elektrokardiographie (EKG)
- Aufzeichnung der Körperlage
- Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
- Atemfluss und 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

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Herstellers/ Vertreibers

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner