

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 Polygraphiegerät zum Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von kardiorespiratorischer Polygraphie

Für weitere verwendete Geräte ist ein gesondertes Blatt beizufügen.

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

Standort des Gerätes:	_____

BSNR/NBSNR (falls bereits vergeben):	_____

Gewährleistungserklärung – Polygraphiegerät 1 (nur vom Hersteller/ Vertreiber auszufüllen)

Herstellerfirma:	_____
	(Adresse)
Geräte-Bezeichnung:	_____
	(Vollständige Herstellerangaben)
Geräte-Nummer:	_____
	(Seriennummer)
Baujahr:	_____

Die verwendete apparative Ausstattung erfüllt folgende Parameter nach § 5 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)
- Aufzeichnung der Herzfrequenz
- 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.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/ Vertreibers

Telefonnummer

Ansprechpartner

Gewährleistungserklärung – Polygraphiegerät 2 (nur vom Hersteller/ Vertreiber auszufüllen)

Herstellerfirma:	_____
	(Adresse)
Geräte-Bezeichnung:	_____
	(Vollständige Herstellerangaben)
Geräte-Nummer:	_____
	(Seriennummer)
Baujahr:	_____

Die verwendete apparative Ausstattung erfüllt folgende Parameter nach § 5 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)
- Aufzeichnung der Herzfrequenz
- 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.

Die Vollständigkeit und Richtigkeit dieser Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/ Vertreibers

Telefonnummer

Ansprechpartner