

Hauptabteilung Qualitätssicherung
40182 Düsseldorf

Ansprechpartnerin: Magda Witkowski
Telefon: (0211) 5970 - 8565
Fax: (0211) 5970 - 33221
E-Mail: schlafmedizin@kvno.de

Antrag

auf Erteilung der Genehmigung zur Ausführung von Leistungen der
kardiorespiratorischen Polygraphie
nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur
Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

Name: _____
LANR: _____ (wenn bereits bekannt)
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
BSNR: _____ (wenn bereits bekannt)
Telefon: _____

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

Polygraphie (GOP 30900 EBM)

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

Fachliche Qualifikation

Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung

- Schlafmedizin (Bitte eine Kopie der Urkunde dem Antrag beilegen!)

Oder:

Gebiets-, Facharzt- und/ oder Schwerpunktbezeichnung:

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

und

- Nachweis über einen 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. (Kopie der Teilnahmebestätigung bitte beilegen)

Apparative Voraussetzungen zur Ausführung der Polygraphie (§ 5)

- Ich bestätige, dass die von mir zur Durchführung der Polygraphie verwendeten Geräte den Vorgaben gemäß § 5 entsprechen und die 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. (Gerätenachweis vom Hersteller ist für jedes Gerät beizufügen gemäß Anlage 1)

Angaben zu dem/ den verwendeten Gerät(en) (Gerätenachweis Anlage 1):

Hersteller: _____
Typ: _____
Aufstellungsdatum: _____

Hersteller: _____

Typ: _____

Aufstellungs-
datum: _____

Hersteller: _____

Typ: _____

Aufstellungs-
datum: _____

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
Hauptabteilung Qualitätssicherung
z.Hd. Frau Witkowski
40182 Düsseldorf

Anlage 1 Gerätenachweis Kardiorespiratorische Polygraphie – GOP 30900 EBM

Wir versichern, dass das Gerät

Bezeichnung

mit der Seriennummer

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