

Inbetriebnahme eines neuen Polygraphie-Gerätes

Name: _____

LANR: _____ BSNR: _____

Praxisanschrift

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Angestellter Arzt bei: _____

Folgende Polygraphiegeräte werden in Betrieb genommen:

(Herstellerbescheinigung ist pro Gerät einzureichen.)

Hersteller:

Gerätetyp:

Hersteller:

Gerätetyp:

Hersteller:

Gerätetyp:

Hersteller:

Gerätetyp:

Folgende Polygraphie-Geräte werden nicht mehr verwendet:

Hersteller	Gerätetyp	Seriennummer

Ort/Datum

Unterschrift des Antragstellers/ggf. des
anstellenden Arztes

Vertragsarztstempel

Unterschrift des angestellten Arztes

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