

## Inbetriebnahme eines neuen Polysomnographie-Gerätes

Name: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_ BSNR: \_\_\_\_\_

### Praxisanschrift

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Angestellter Arzt bei: \_\_\_\_\_

### Folgende Polysomnographiegeräte werden in Betrieb genommen:

(Herstellerbescheinigung ist pro Gerät einzureichen.)

Hersteller: .....

Gerätetyp: .....

Hersteller: .....

Gerätetyp: .....

Hersteller: .....

Gerätetyp: .....

Hersteller: .....

Gerätetyp: .....

Folgende Polysomnographie-Geräte werden nicht mehr verwendet:

Hersteller	Gerätetyp	Seriennummer

-----  
Ort/Datum

-----  
Unterschrift des Antragstellers/ggf. des  
anstellenden Arztes

-----  
Vertragsarztstempel

-----  
Unterschrift des angestellten Arztes

## Gerätenachweis

### Kardiorespiratorischen Polysomnographie – GOP 30901 EBM –

Wir versichern, dass das Gerät

\_\_\_\_\_ *Bezeichnung*

mit der Seriennummer

mit Gerätestandort

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