

**Anlage** zum Antrag auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie

**Angaben des Arztes über das/die verwendete(n) Polysomnographiegerät(e)\***

In meiner Praxis wird/werden insgesamt ..... Polysomnographiegerät(e) verwendet\*.

Nachstehend aufgeführtes Polysomnographiegerät wird eingesetzt\*:

Hersteller: .....

Typ-Bezeichnung: .....

Baujahr: .....

Das Polysomnographiegerät erfüllt die Anforderungen entsprechend § 7 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen:

- 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

**Erklärung**

Ich versichere, dass die in diesem Formular gemachten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist ebenfalls bekannt, dass unrichtige Angaben zur Unwirksamkeit der Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen Polysomnographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung führen können.

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des verantwortlichen Arztes

.....  
Ort und Datum

.....  
Unterschrift des angestellten Arztes

**\* Für jedes verwendete Gerät ist eine separate Meldung erforderlich. Bitte dann dieses Formular als Kopiervorlage benutzen!**