

Polygraphie

Checkliste I*:

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____

Alt. 1: gemäß § 4a Absatz 1 Satz 4 ASV-RL

entspr. Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „**Schlafmedizin**“

oder soweit die Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ nicht erworben wurde:

Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung **Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin bzw. Kinderheilkunde, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Innere und Allgemeinmedizin bzw. Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Innere Medizin und Kardiologie oder Innere Medizin und Pneumologie** einer Landesärztekammer

und

Nachweis über die erfolgreiche Teilnahme an einem Kurs von 30 Stunden Dauer an mindestens fünf Tagen, der während der letzten 12 Monate vor Anzeigestellung und innerhalb von sechs Monaten absolviert sein muss.

Der Nachweis muss Folgendes beinhalten:

Die Vermittlung von Grundlagen der Ätiologie, Pathophysiologie, Diagnostik und Differentialdiagnostik von schlafbezogenen Atmungsstörungen unter Einbeziehung praktischer Übungen zur Auswertung einfacher Schläfrigkeitstests und zur Registrierung der klinisch relevanten Parameter mit verschiedenen Polygraphie-Systemen.

Der Kursleiter leitet seit mindestens drei Jahren eine Einrichtung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen und hat in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbstständig betreut und behandelt.

Anforderungen an die apparative Ausstattung

Verwendung von Geräten, die geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter ableiten zu können. Die Geräte müssen so ausgestattet sein, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können:

Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)

Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)

Aufzeichnung der Herzfrequenz (z. B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)

Aufzeichnung der Körperlage

*Wir bitten Sie, Originale oder beglaubigte Kopien der Anerkennung von Weiterbildungen beizufügen; soweit bereits eine Eintragung in das Arztregister der KV Thüringen besteht, kann alternativ die Einverständniserklärung zur Einsichtnahme in das Arztregister erklärt werden (siehe Teil E).

- Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
- Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)
- Die abgeleiteten Rohdaten stehen für eine visuelle Auswertung zur Verfügung

Alt. 2: gemäß § 4a Absatz 3 c) ASV-RL

Weiterbildungsermächtigung

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Polygraphie

Checkliste II*:

Name der Institution: _____

gemäß § 4a Absatz 4 ASV-RL

zugelassene Weiterbildungsstätte

oder

fachärztlich geleitete fachspezifische Organisationseinheit

und

Versicherung der Ausführung dieser Leistung

Datum: _____

Unterschrift _____
(Verantwortlicher Leiter)

Gerätemeldung über das verwendete Polygraphiegerät

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

Nachstehend aufgeführtes Polygraphiegerät wird eingesetzt*:

Hersteller:

Typ-Bezeichnung:

Baujahr:

Das Polygraphiegerät erfüllt die Anforderungen entsprechend § 5 Abs. 1 und 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen.

Name, Vorname (ausführender Arzt): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

Name, Vorname (Anzeigsteller): _____
(ggf. LANR)

Datum: _____ Unterschrift _____

*Für jedes verwendete Gerät ist eine separate Meldung erforderlich.