

E-Mail genehmigung@kv-rlp.de
Fax 06131 326-327
Telefon 06131 326-326

www.kv-rlp.de/803991

Erklärung zur apparativen Ausstattung Polysomnographie

Nutzer des Gerätes:	Lebenslange Arztnummer (falls bereits vergeben):
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Standort des Gerätes:	_____
_____	_____
Betriebsstättennummer ggf. Nebenbetriebs- stättennummer (falls bereits vergeben),	_____

Herstellerfirma:	_____
	(Adresse)
Geräte-Bezeichnung:	_____
	(vollständige Herstellerangaben)

Die sachgerechte Durchführung der Polysomnographie erfordert die Verwendung von Geräten, die geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten und den Patienten während des Schlafs im Schlaflabor überwachen zu können. Die Geräte im Schlaflabor zur Durchführung von Polysomnographien 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
- 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

Der/Die Unterzeichner versichern, dass das oben aufgeführte Gerät alle genannten Voraussetzungen erfüllt

Datum

Unterschrift/Stempel des Vertragsarztes bzw. der ab-
rechnenden Stelle (anstellender Vertragsarzt, MVZ,
Institut)