

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

(Name des Arztes, der die Leistungen erbringen soll)

Eintragsnummer der KVSH: \_\_\_\_\_

(Die Nummer finden Sie auf Ihrem Arztregisterauszug)

oder LANR: \_\_\_\_\_

## Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Polygraphie nach der Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

<p><b>Allgemeine Hinweise</b></p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist.</li> <li>▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können.</li> <li>▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen.</li> <li>▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.</li> </ul>
<p><b>Leistungen</b></p>	<p>30900 und 30905 EBM</p>
<p><b>Betriebsstätten</b></p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>
<p><b>Fachliche Voraussetzungen</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ gemäß § 4 Abs. 1</p> <p><b>oder</b></p> <p>Berechtigung gemäß § 4 Abs. 2 a zum Führen der Gebietsbezeichnung:</p> <p><input type="checkbox"/> Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</p> <p><input type="checkbox"/> Kinder- und Jugendmedizin (bzw. Kinderheilkunde)</p> <p><input type="checkbox"/> Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie</p> <p><input type="checkbox"/> Neurologie</p> <p><input type="checkbox"/> Psychosomatische Medizin und Psychotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Psychiatrie und Psychotherapie</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt Innere und Allgemeinmedizin (bzw. Allgemeinmedizin)</p> <p><input type="checkbox"/> Facharzt Innere Medizin und Schwerpunkt Pneumologie oder Kardiologie</p>

	<input type="checkbox"/> Facharzt Innere Medizin und ggf. Schwerpunkt <b>und</b> <input type="checkbox"/> Teilnahme an einem Kurs von 30 Stunden Dauer an mindestens 5 Tagen gemäß § 4 Abs. 2 b <b>-bitte beifügen-</b>	
<b>Hinweis</b> Der Kurs muss während der letzten 12 Monate vor Antragstellung und innerhalb von 6 Monaten absolviert worden sein.		
<b>Apparative Voraussetzungen</b>	<p>Mindestens folgende Messungen müssen die Geräte gemäß § 5 durchführen und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registrieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Registrierung der Atmung (z.B. Atemfluss, Schnarchgeräusche)</li> <li>▪ Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)</li> <li>▪ Aufzeichnung der Herzfrequenz (z.B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)</li> <li>▪ Aufzeichnung der Körperlage</li> <li>▪ Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen</li> <li>▪ Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)</li> </ul> <p>Die abgeleiteten Rohdaten müssen für eine visuelle Auswertung zur Verfügung stehen.</p> <p>Bestätigung des Geräteherstellers, in der bescheinigt wird, dass die oben genannten apparativen Voraussetzungen erfüllt werden. <b>-bitte beifügen-</b></p>	
<b>Hinweis zum Datenschutz</b>	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter <a href="http://www.kvsh.de">www.kvsh.de</a> . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.	
<b>Einverständnis zum Datenschutz</b>	Hiermit gebe ich meine Zustimmung, dass die für die Antragsbearbeitung zuständigen Mitarbeiter der KVSH folgende Unterlagen aus meiner Arztregisterakte und ggf. der derzeitigen Akte des Zulassungsausschusses einsehen und wenn notwendig zur Antragsbearbeitung heranziehen dürfen: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Urkunde der Facharztanerkennung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung</li> <li>▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung</li> <li>▪ Arbeitszeugnisse</li> </ul>	<input type="checkbox"/>
<b>Zustimmung</b>	<p>Ich bin damit einverstanden, dass die zuständige Kommission der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein beauftragt werden kann, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten in der Praxis daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Vereinbarung entsprechen.</p> <p>Ich bestätige, die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen sowie Abschnitt 3 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung zur Kenntnis genommen zu haben.</p>	<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Praxisstempel

Unterschrift

**Gilt nur bei angestellten Ärzten im MVZ bzw. in einer Praxis:**

---

Unterschrift bei MVZ oder Praxis  
Ärztlicher Leiter bzw. anstellender Arzt

---

Unterschrift bei GmbH  
Geschäftsführer des MVZ

---

Unterschrift  
ausführender, angestellter Arzt