

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 Polysomnographie nach der Vereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

<p>Allgemeine Hinweise</p>	<p>Bitte beachten Sie, dass</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ die Vollständigkeit des Antrages inkl. Nachweise – sofern diese nicht bereits vorliegen (z. B. im Arztregister) – Voraussetzung für die Antragsbearbeitung und Genehmigungserteilung ist. ▪ Zeugnisse und Bescheinigungen nur im Original oder als beglaubigte Fotokopie anerkannt werden können. ▪ die beantragten Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erst mit Erteilung der Genehmigung erbracht werden dürfen. ▪ eine rückwirkende Genehmigung grundsätzlich nicht möglich ist.
<p>Leistungen</p>	<p>30901, 30902 und 30905 EBM</p>
<p>Betriebsstätten</p>	<p>Die Genehmigung wird für folgende Betriebsstätte/n beantragt:</p> <p>(N)BSNR: _____</p>
<p>Fachliche Voraussetzungen</p>	<p>Anforderungen gemäß § 6 Abs. 1 bzw. 2:</p> <p>Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin -bitte beifügen- <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Zeugnisse und Bescheinigungen gemäß § 9 Abs. 3 -bitte beifügen-</p>
<p>Apparative Voraussetzungen</p>	<p>Gemäß § 7 Abs. 1 müssen die Geräte im Schlaflabor mindestens folgende Messungen durchführen und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registrieren:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Registrierung der Atmung (z.B. Atemfluss, Schnarchgeräusche) ▪ Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins) ▪ Elektrokardiographie (EKG) ▪ Aufzeichnung der Körperlage ▪ Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 		
	Bestätigung des Geräteherstellers, in der bescheinigt wird, dass die oben genannten apparativen Voraussetzungen erfüllt werden. -bitte beifügen-		
Organisatorische/ bauliche Voraussetzungen	Anforderungen gemäß § 7 Abs. 2 und 3:	ja	nein
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Für jeden Patienten steht ein eigener Schlafraum zur Verfügung ▪ Der Schlafraum ist räumlich getrennt vom Ableitraum ▪ Der Schlafraum verfügt über eine seiner Funktion angemessene Größe, eine Möglichkeit zur Verdunklung und eine Gegensprechanlage ▪ Der Schlafraum ist so schallgeschützt, dass ein von äußeren Einflüssen ungestörter Schlaf gewährleistet ist ▪ Während der Polysomnographie ist eine medizinische Fachkraft im Schlaflabor anwesend ▪ Während der Einstellung auf eine Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten steht bei Notfällen ein Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung 	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Bauplan des Schlaflabors -bitte beifügen- <input type="checkbox"/> Bauplan des Schlaflabors liegt bereits vor		
Hinweis zum Datenschutz	Die Informationen nach Art. 13 und 14 EU-Datenschutz-Grundverordnung (Datenschutzhinweise) finden Sie unter www.kvsh.de . Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.		
Einverständnis zum Datenschutz	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:		<input type="checkbox"/>
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Urkunde der Facharztanerkennung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Schwerpunktbezeichnung ▪ Urkunde einer ggf. erworbenen Zusatzbezeichnung ▪ Arbeitszeugnisse 		
Zustimmung	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.		<input type="checkbox"/>
	Ich bin damit einverstanden, dass die Kassenzahnärztliche Vereinigung zur Information ihrer Mitglieder Kenntnis darüber erhält, dass mir eine Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Polysomnographien erteilt wurde.		<input type="checkbox"/>
	Ich bestätige, die Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen sowie Abschnitt 3 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung zur Kenntnis genommen zu haben.		<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