



Kassenärztliche Vereinigung Berlin
Abteilung Qualitätssicherung
Masurenallee 6 A
14057 Berlin

Telefon (030) 31003 - 467, Fax (030) 31003 - 305

Praxisstempel

Antrag auf Abrechnungsgenehmigung von Leistungen zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen

gemäß der "Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen" gültig ab 01.04.2005

Name des Antragstellers: _____

Betriebsstättennummer (BSNR):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Die Antragstellung erfolgt: für mich

für den angestellten Arzt/ Job-Sharer _____
(nicht Zutreffendes bitte streichen) (Name des Arztes)

Niedergelassener Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ ÜBAG Sonstige

Angestellter Arzt in Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft

MVZ ÜBAG Sonstige

Ich bin am Krankenhaus _____ ermächtigter Arzt
(Name des Krankenhauses)

Lebenslange Arztnummer (LANR): (wenn vorhanden)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Telefon (tagsüber): _____ E-Mail Adresse _____



Hiermit beantrage ich die Genehmigung für die Ausführung und Abrechnung der genehmigungspflichtigen Leistung

der „kardiorespiratorischen Polygraphie der EBM-Nr. 30900“

Angaben zum Tätigkeitsort

Ich bin an folgenden Standorten tätig:

1.	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										
2.	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										
3.	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										
4.	_____	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
	Anschrift,	Nebenbetriebsstättennummer										

1. Fachliche Befähigung gem. § 4

1.1 Ich habe das Recht zum Führen der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ gem. § 4 Abs. 1

Urkunde liegt bei

JA

NEIN,
wird nachgereicht

ODER

1.2.1 Ich habe gem. § 4 Abs. 2a das Recht zum Führen der Gebietsbezeichnung:

oder	„Arzt für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde“	JA	<input type="checkbox"/>
oder	"Kinder- und Jugendmedizin" (bzw. "Kinderheilkunde")	JA	<input type="checkbox"/>
oder	"Neurologie"	JA	<input type="checkbox"/>
oder	"Psychiatrie und Psychotherapie"	JA	<input type="checkbox"/>
oder	Facharztbezeichnung "Innere und Allgemeinmedizin" bzw. (Gebietsbezeichnung "Allgemeinmedizin")	JA	<input type="checkbox"/>
oder	Facharzt- und Schwerpunktbezeichnung "Innere Medizin" und "Pneumologie"	JA	<input type="checkbox"/>



UND

1.2.2 Ich erbringe gem. § 4 Abs. 2b einen Nachweis über die Teilnahme an einem Kurs von 30 Stunden Dauer an mindestens 5 (fünf) Tagen, der während der letzten 12 Monate vor der Antragstellung und innerhalb von 6 (sechs) Monaten absolviert wurde.

JA NEIN

Hinweis:

Der Kurs muss 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 beinhalten.

1.2.3 Der Kursleiter leitet gem. § 4 Abs. 2c seit mindestens drei Jahren eine Einrichtung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (nachfolgend Schlaflabor genannt) und hat in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt.

Name des Kursleiters (Arzt) _____

Bescheinigung füge ich bei

Bescheinigung liegt der KV Berlin bereits vor

2. Apparative Voraussetzungen gem. § 5

Ich verwende Geräte für die Durchführung der Polygraphie, welche geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten. Die Geräte sind so ausgestattet, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können:

- 1. Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
 - 2. Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
 - 3. Aufzeichnung der Herzfrequenz (z. B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)
 - 4. Aufzeichnung der Körperlage
 - 5. Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
 - 6. Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)
- Die abgeleiteten Rohdaten stehen für eine visuelle Auswertung zur Verfügung.



Mir ist bekannt, dass alle fachlichen Nachweise in beglaubigter Kopie oder im Original eingereicht werden müssen.

Ich erkläre hiermit meine Bereitschaft zur Durchführung einer Überprüfung der apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten durch die zuständige Kommission im Auftrag der KV Berlin.

Ich versichere die Richtigkeit der Angaben.

Mir ist bekannt, dass die Durchführung und Abrechnung von Leistungen gemäß der Vereinbarung erst **nach Erteilung der Genehmigung durch die KV Berlin zulässig ist.**

Berlin, den.....

.....
Unterschrift + ARZTSTEMPEL

.....
Unterschrift Leiter der Einrichtung