



A n t r a g

auf Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der **Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen** gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V
(Polygraphie und Polysomnographie)

Der Antrag für angestellte Ärzte ist vom Arbeitgeber zu stellen!
(Anstellender Arzt der Einzelpraxis bzw. vom Geschäftsführer des MVZ/Krankenhauses/Institutes bzw. vom Verantwortlichen der BAG)

Kreuzen Sie bitte Zutreffendes an und ergänzen fehlende Angaben in den markierten Feldern!

<p>Ich stelle den Antrag für mich</p> <p>Vor- und Zuname des Antragstellers bzw. Bezeichnung des MVZ /Krankenhauses /Institutes bzw. der BAG</p> <p>(bitte immer ausfüllen)</p>	<p>Für den angestellten Arzt</p> <p>in der Einzelpraxis bzw. im MVZ bzw. im Krankenhaus/Institut bzw. in der BAG</p> <p>Vor- und Zuname des angestellten Arztes, der die Leistungen ausführen soll</p>
LANR:	LANR:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Praxisanschrift (Straße, PLZ, Ort (Hauptstandort):	
Telefon:	
Fax:	
E-Mail:	

Apparative Voraussetzungen

Zutreffendes bitte ankreuzen

Es wird versichert, dass das verwendete Gerät geeignet ist, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten und so ausgestattet ist, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einen Datenträger registriert werden können.

Die abgeleiteten Rohdaten stehen für eine visuelle Auswertung zur Verfügung.

- Registrierung der Atmung (Atemfluss, Schnarchgeräusche)
- Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
- Aufzeichnung der Herzfrequenz (z. B. mittels EKG oder pulsoxymetrischer Pulsmessung)
- Aufzeichnung der Körperlage
- Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
- Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)

Kardiorespiratorische Polysomnographie (einschließlich Polygraphie)

Fachliche Voraussetzungen

Die fachliche Befähigung wird nachgewiesen durch:

- die Zusatzbezeichnung Schlafmedizin
- und**
- Nachweis über eine mindestens sechsmonatige ganztägige unter Anleitung in einem Schlaflabor absolvierte Tätigkeit
- oder**
- Nachweis über eine mindestens zweijährige begleitende unter Anleitung in einem Schlaflabor absolvierte Tätigkeit

Die Anleitung hat bei einem Arzt stattgefunden, der mindestens seit 3 Jahren ein Schlaflabor leitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbstständig betreut und behandelt hat

Die Anforderungen zu den Inhalten der einzureichenden Nachweise sind der Vereinbarung zu entnehmen.

Leistungsort der Polysomnographie

Zutreffendes bitte ankreuzen

1. Die Leistung wird in den Räumen des Hauptstandortes (Praxis/MVZ) durchgeführt:

und/oder

2. Die Leistung wird in einer/mehreren Nebenbetriebsstätte/n durchgeführt:

- der Filiale
- der überörtlichen Nebenbetriebsstätte
- im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit (im Klinikum)

(Bitte um Angabe der genauen Bezeichnung und der Adresse der Nebenbetriebsstätte/n)

1)

2)

und/oder

3. Die Leistung wird in ausgelagerten Praxisräumen durchgeführt.

Ausgelagerte Praxisräume zur Erbringung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsmethoden müssen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV gegenüber auf dem Formular "Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen" der KVWL angezeigt werden.

Ausgelagerte Praxisräume sind z. B. OP-Zentren, Räume eines Kollegen oder eines Krankenhauses oder andere (ggf. angemietete) Räumlichkeiten, die nicht zur eigenen Praxis/zum MVZ gehören.

Die Erklärung muss für jeden in den ausgelagerten Praxisräumen tätigen Arzt abgegeben werden.

Die Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen

- ist anliegend beigefügt.
- liegt der KVWL bereits vor. (für den Arzt, der die beantragte Leistung ausführen soll)

Apparative, räumliche und organisatorische Voraussetzungen

Es wird versichert, dass die verwendeten Geräte geeignet sind, die klinisch relevanten Parameter abzuleiten und so ausgestattet sind, dass mindestens folgende Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einen 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)
- Elektroofulographie (EOG) mit mindestens zwei Ableitungen
- Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens zwei Ableitungen
- Elektromyographie (EMG) mit mindestens drei Ableitungen
- Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens

Das Schlaflabor verfügt über geeignete Räumlichkeiten und die nachfolgend genannten Mindestanforderungen werden erfüllt

- Für jeden Patienten steht ein eigener Schlafräum zur Verfügung, der räumlich vom Ableitraum, in dem die Aufzeichnungsgeräte stehen, getrennt ist
- Der Schlafräum verfügt über eine entsprechend seiner Funktion angemessene Größe, eine Möglichkeit zur Verdunklung und eine Gegensprechanlage und ist so schallgeschützt, dass ein von äußeren Einflüssen ungestörter Schlaf gewährleistet ist

Es ist gewährleistet, dass während

- der Polysomnographie eine medizinische Fachkraft im Schlaflabor anwesend ist
- der Einstellung auf eine Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten bei Notfällen ein Arzt zur unmittelbaren Hilfestellung zur Verfügung steht

Mit meiner Unterschrift

- erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe gemäß § 8 Abs. 3 der Vereinbarung die zuständige Qualitätssicherungskommission beauftragen kann die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten daraufhin zu überprüfen, ob sie den Bestimmungen der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen entsprechen.
- erkläre ich mich mit der Veröffentlichung meines Namens und meiner Praxisanschrift zum Zwecke der Patientenzuweisung auf den Internetseiten der KVWL einverstanden.

Ort u. Datum

**Unterschrift des Antragstellers
(ggf. Vertragsarztstempel)**



Anzeige von ausgelagerten Praxisräumen nach § 24 Abs. 5 Ärzte-ZV

Ausgelagerte Praxisräume sind Räumlichkeiten an weiteren Orten in räumlicher Nähe zum Vertragsarztsitz für die Durchführung spezieller Untersuchungs- und Behandlungsleistungen. Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit in ausgelagerten Praxisräumen hat der Leistungserbringer der KV unverzüglich anzuzeigen. Beachten Sie bitte, dass ausgelagerte Praxisräume nur von den Versicherten in Anspruch genommen werden dürfen, wenn diese zuvor die Vertragsarztpraxis des Leistungserbringers aufgesucht haben; ein „Erstkontakt“ in den ausgelagerten Praxisräumen ist nicht zulässig.

	Vertragsarztsitz des Antragstellers (Vertragsarzt, Vertragspsychotherapeut, MVZ, Berufsausübungsgemeinschaft)	Ort der Leistungserbringung (ausgelagerte Praxisräume)
Name, Vorname		
Straße		
PLZ, Ort		
Telefon:		

Zusätzliche Angaben zu den ausgelagerten Praxisräumen:

Es handelt sich um die Räume der Berufsausübungsgemeinschaft eigenen Räume
des MVZ des Klinikums eines Kollegen

(Bitte um Angabe der genauen Bezeichnung des MVZ/Klinikums bzw. Name des Kollegen)

Entfernung zum Vertragsarztsitz: km **Fahrzeit**

Angaben zum Arzt, der in den ausgelagerten Praxisräumen tätig werden soll:

Leistungserbringer:

Zeitpunkt der Aufnahme

Leistungsspektrum in den ausgelagerten Praxisräumen:

Ort u. Datum

Unterschrift des Antragstellers / (ggf. Vertragsarztstempel)