

Alles Gute.



Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg
Bezirksdirektion Stuttgart
Geschäftsbereich
Qualitätssicherung/Verordnungsmanagement
Albstadtweg 11
70567 Stuttgart

E-Mail: qualitaetsicherung-genehmigung@kvbawue.de

Absender/Stempel

Angaben zur apparativen Ausstattung für die Polygraphie

Benutzer des Gerätes: _____

Anschrift: _____

Leistungsort / Eigentumsverhältnisse

- Vertragsarztsitz (Hauptbetriebsstätte)
 an abweichendem Standort (Nebenbetriebsstätte):

Gemeinschaftliche Nutzung mit _____

Betreiber des Gerätes

Inbetriebnahme bzw. Mitbenutzung ab

Mir ist bekannt, dass ich verpflichtet bin, jede Änderung der Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg mitzuteilen.

Bei mehreren Geräten bzw. Standorten bitte Gerätemeldung für jedes Gerät und / oder jeden Standort einreichen, Formular bitte ggf. kopieren.

Bitte beachten Sie, dass eine Genehmigung nur dann erteilt werden kann, wenn alle geforderten Angaben gemacht sind!

Diese Seite ist nur von der Hersteller-/ Lieferfirma auszufüllen!

Kardiorespiratorische Polygraphie Apparatenachweis

Wir versichern, dass das Gerät

Bezeichnung, Baujahr

aufgestellt am

folgenden Anforderungen entspricht (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Sechsstündige simultane Registrierung der folgenden Messgrößen auf Datenträger:
 - 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)

Ort, Datum

Unterschrift, Stempel der Hersteller-/Lieferfirma