

## **Herstellergarantie**

**zur Erfüllung der apparativen Voraussetzungen für die Durchführung und Abrechnung von Untersuchungen der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen nach § 135 Abs. 2 SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung**

**Bitte vom Hersteller/Vertreiber vollständig ausfüllen lassen und an die KVHB zurücksenden.**

Kassenärztliche Vereinigung Bremen  
Zulassung/Genehmigung  
Schwachhauser Heerstraße 26/28

28209 Bremen

**FAX (0421) 34 04-337**

Herr/Frau

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(Praxisadresse)

betreibt folgendes Polygraphiesystem: \_\_\_\_\_

**Es wird bestätigt, dass die gemäß § 5 Abs. 1 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen geforderten Voraussetzungen mit dem Gerät vollständig erfüllt werden.**

- 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, Firmenstempel)