

Dieses Formular ist nur von der Hersteller-/Lieferfirma auszufüllen!

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

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
Zulassung/Genehmigung
Schwachhauser Heerstraße 26/28

28209 Bremen

FAX (0421) 34 04-337

von Frau/Herrn Dr. med. _____

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

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreiber

Bearbeitet von:

Telefon-Durchwahl: