

Rück-FAX: 0385.7431.66.377
Rück-Mail an: avoglau@kvmv.de

Bitte zurücksenden an

Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Geschäftsbereich Qualitätssicherung
Frau Anke Voglau
PSF 160145
19091 Schwerin



Stempel bzw. Name/Adresse/☎

Polygraphie

Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V (Leistung nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 30900 laut EBM)

1) Antragsteller

Name: _____ Vorname: _____
Praxisinhaber / MVZ

2) Leistungserbringung

Name: _____ Vorname: _____
angestellter Arzt

3) Fachliche Voraussetzungen

a) Zusatzbezeichnung

☐ Schlafmedizin

oder

b) Gebietsbezeichnung

- ☐ Hals-Nasen-Ohrenheilkunde
- ☐ Kinder- und Jugendmedizin (bzw. Kinderheilkunde)
- ☐ Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie
- ☐ Neurologie
- ☐ Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- ☐ Psychiatrie und Psychotherapie
- ☐ Innere und Allgemeinmedizin (bzw. Allgemeinmedizin)
- ☐ Innere Medizin und Pneumologie
- ☐ Innere Medizin und Kardiologie

und

c) erfolgreiche Teilnahme an Kurs mit 30-stündigern Dauer

⇒ **siehe Anlage** Bescheinigung

- ☐ Absolvierung: an mindestens fünf Tagen, während der letzten zwölf Monate vor der Antragstellung und innerhalb von sechs Monaten absolviert
- ☐ Inhalt: 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
- ☐ Kursleiter: hat mindestens seit drei Jahren eine Einrichtung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen (Schlaflabor) geleitet und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atmungsstörungen selbständig betreut und behandelt

4) Angaben zum Gerät

⇒ **siehe Anlage** Gerätebogen

Hersteller: _____

Typ: _____

Baujahr _____

5) Einverständniserklärung

Ich bin damit einverstanden, dass gemäß § 8 Abs. 3 die apparativen, räumlichen und organisatorischen Voraussetzungen meiner Praxis, der Praxis meines Kollegen, des Schlaf-Zentrums bzw. des Krankenhauses, in dem ich meine Schlafdiagnostik betreibe, nach vorhergehender Absprache daraufhin überprüft werden kann, ob diese der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen beschriebenen Anforderungen entspricht. Sollte die Einverständniserklärung zu einer Besichtigung verweigert werden, so nehme ich davon Kenntnis, dass mir die Berechtigung zur Durchführung und Abrechnung der Polygraphie versagt oder widerrufen werden kann.

angestellter Arzt

Praxisinhaber / MVZ