

**Antrag auf Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung  
von Leistungen der kardiorespiratorischen Polygraphie**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Praxisanschrift**

**Straße:** \_\_\_\_\_

**PLZ, Ort:** \_\_\_\_\_

**Telefon/ Fax:** \_\_\_\_\_

**E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Ich besitze die Anerkennung als**

Facharzt für: \_\_\_\_\_

ggf. Schwerpunkt- bzw. Zusatzbezeichnung: \_\_\_\_\_

**Niedergelassene Vertragsärzte**

- Ich bin niedergelassen.
- Die Niederlassung ist geplant ab: \_\_\_\_\_
- Ich übernehme die Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_.

**Angestellte Ärzte/ Medizinische Versorgungszentren (MVZ):**

Hier ist der Antrag auf Genehmigung durch den Praxisinhaber zu stellen.

- Ich bin in einer Praxis angestellt.
- Ich plane die Anstellung in der Praxis von: \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_
- Ich bin in einem MVZ tätig.
- Ich plane die Tätigkeit in dem MVZ \_\_\_\_\_  
ab: \_\_\_\_\_

**Ermächtigte Ärzte:**

- Ich bin als Krankenhausarzt ermächtigt.
- Die Ermächtigung ist geplant ab: \_\_\_\_\_

**Ich beantrage die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung von Leistungen der kardiorespiratorischen Polygraphie nach der Qualitätssicherungsvereinbarung gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen.**

#### **Nachweis der fachlichen Voraussetzungen gemäß § 4**

- Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin.
- Die Urkunde liegt der KV Sachsen-Anhalt bereits vor.
  - Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

**oder**

- Ich verfüge über die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung:

Facharzt für \_\_\_\_\_

- Die Urkunde liegt der KV Sachsen-Anhalt bereits vor.
- Die Urkunde ist diesem Antrag als Anlage beigefügt.

**und**

- Mit der als Anlage beigefügten Bescheinigung weise ich die Teilnahme an einem 30-stündigen Kurs an mindestens 5 Tagen, der während der letzten 12 Monate vor Antragstellung und innerhalb von 6 Monaten absolviert und von einem anerkannten Kursleiter durchgeführt wurde, nach.

#### **Nachweis der apparativen Voraussetzungen gemäß § 5**

- Ich verfüge über ein Gerät, welches die klinisch relevanten Parameter ableitet.
- Mit der als Anlage beigefügten Gewährleistungserklärung des Herstellers weise ich nach, dass ich zur sachgerechten Durchführung der Polygraphie ein Gerät verwende, welches geeignet ist, die nachfolgend aufgeführten Messungen durchzuführen und die Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger zu registrieren:
- › Registrierung der Atmung
  - › 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)

### Weitere Verpflichtungen/Erklärungen

1. Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich, die Anforderungen der Qualitätssicherungsvereinbarung gemäß § 135 Abs. 2 SGB V zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen betreffend die konkrete Leistungserbringung zu erfüllen.
2. Mit Unterzeichnung dieses Antrages erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt vor Erteilung der Genehmigung, bzw. auch während des Bestands einer Genehmigung, befugt ist, die apparativen, räumlichen und organisatorischen Gegebenheiten am Ort der Leistungserbringung zu überprüfen, um sich von der Einhaltung der o.g. Qualitätssicherungsvereinbarung in meiner Praxis/Einrichtung zu vergewissern.
3. Mit meiner Unterschrift versichere ich die Vollständigkeit und Richtigkeit der Angaben dieses Antrages sowie der Anlagen. Jede Änderung, insbesondere betreffend apparative Ausstattung, werde ich unverzüglich vorab der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt schriftlich mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Vertragsarztes (bei persönlicher Leistungserbringung) bzw. des angestellten Arztes

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, BSNR

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des MVZ-Vertretungsberechtigten bzw. des anstellenden Vertragsarztes

### Datenschutzrechtliches Einverständnis

Mit meiner zweiten Unterschrift erteile ich das widerrufliche Einverständnis, dass die KVSA im Bedarfsfall die bei der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt vorliegenden Zeugnisse und Bescheinigungen hinsichtlich meiner Weiterbildung und fachlichen Qualifikation anfordern darf.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes, der die Leistungen erbringen möchte