

Gewährleistungsgarantie (von der Herstellerfirma auszufüllen)

zur Durchführung der **Polygraphie** gemäß Abschnitt B § 5 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen vom 01.04.2005

Name des Vertragsarztes: _____

Praxis (Gerätestandort): _____

Aufzeichnungsgerät: _____

Hersteller: _____

Baujahr: _____

Datum der Inbetriebnahme: _____

Das o. g. Gerät verfügt über folgende Messmöglichkeiten und die dazugehörigen Messgrößen und diese können über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden:

- Registrierung der Atmung (z. B. Atemfluss, Schnarchgeräusche)
- Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins)
- Aufzeichnung der Herzfrequenz
- Aufzeichnung der Körperlage
- Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen
- Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten)

Mit dem o. g. Aufnahmegerät kann die Nr. 30900 EBM in Ansatz gebracht werden

Hiermit wird bestätigt, dass das o. g. Gerät den Anforderungen nach Abschnitt B § 5 (Apparative Voraussetzungen) der Qualitätssicherungsvereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V vom 01.04.2005, entspricht.

Ort / Datum

Unterschrift / Firmenstempel