

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

▶▶ **Indikation** (Bitte angeben): \_\_\_\_\_

### **Anlage 10 QS-Vereinbarung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V**

Name:

\_\_\_\_\_

Facharzt für:

\_\_\_\_\_

#### **I. Im Rahmen der ASV durchzuführende kardiorespiratorische Polygraphie**

##### **1. Fachliche Anforderungen gemäß § 4 Abs. 1, 2 QSV**

**Nachweise beigelegt:**

1.1. Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnung Schlafmedizin

ja

nein

**oder**

1.2. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (bzw. Kinderheilkunde)

ja

nein

**und**

Teilnahme an einem Kurs von 30 Stunden Dauer mit den Kursinhalten nach § 4 Abs. 2 Buchstabe b) QSV an mindestens fünf Tagen, aus den letzten zwölf Monaten vor Anzeige und innerhalb von sechs Monaten absolviert \*)

ja

nein

**oder**

1.3. Facharzt Innere Medizin und Pneumologie

ja

nein

**und**

Teilnahme an einem Kurs von 30 Stunden Dauer mit den Kursinhalten nach § 4 Abs. 2 Buchstabe b) QSV an mindestens fünf Tagen, aus den letzten zwölf Monaten vor Anzeige und innerhalb von sechs Monaten absolviert \*)

ja

nein

\*) Der Kursleiter muss mindestens seit drei Jahren eine Einrichtung zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen leiten und in diesem Zeitraum Patienten mit schlafbezogenen Atemstörungen selbständig betreut und behandelt haben.

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

### 2. Erklärung zur apparativen Ausstattung

Ich versichere, dass die Anforderungen zur apparativen Ausstattung erfüllt sind (§ 5 QSV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

### 3. Standort des Gerätes

.....  
Adresse

## II. Im Rahmen der ASV durchzuführende kardiorespiratorische Polysomnographie

### 1. Fachliche Anforderungen gemäß § 6 QSV

Nachweise beigelegt:

1.1. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin (bzw. Kinderheilkunde) und Zusatzbezeichnung Schlafmedizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>oder</b> 1.2. Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie und Zusatzbezeichnung Schlafmedizin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>oder</b> 1.3. Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin und ich versichere, dass ich die Anforderungen gemäß § 6 Abs. 1 QSV erfülle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>oder</b> 1.4. Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie und ich versichere, dass ich die Anforderungen gemäß § 6 Abs. 1 QSV erfülle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<b>oder</b> 1.5. Nachweis der fachlichen Befähigung gemäß § 6 Abs. 1 Nrn. 1 bis 6 QSV und Teilnahme an einem Kolloquium <b>oder</b> vergleichbarer Nachweis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

# ERWEITERTER LANDESAUSSCHUSS

## für das Land Brandenburg

---

### 2. Erklärung zur apparativen Ausstattung

Ich versichere, dass die Anforderungen zur apparativen Ausstattung erfüllt sind (§ 7 Abs. 1 QSV).	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---	-----------------------------	-------------------------------

### 3. Erklärung der räumlichen Voraussetzungen gemäß § 7 Abs. 2 QSV

Für jeden Patienten steht ein eigener Schlafräum zur Verfügung. Der Schlafräum ist räumlich getrennt vom Ableitraum, in dem die Aufzeichnungsgeräte stehen.

Der Schlafräum verfügt über eine entsprechend seiner Funktion angemessenen Größe, eine Möglichkeit zur Verdunklung und eine Gegensprechanlage. Er ist so schallgeschützt, dass ein von äußeren Einflüssen ungestörter Schlaf gewährleistet ist.

### 4. Standort des Gerätes

.....  
Adresse

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

\_\_\_\_\_  
Titel, Vorname, Name  
(in Druckschrift)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift