

 KV SAARLAND KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG	Gewährleistungserklärung	Bereich QS/QM
	Schlafapnoe	Stand 19.06.2019
		QM-Nr. II.09.2.1
		Seite 1 von 1

Nutzer des Geräts:	Lebenslange Arztnummer:
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
Standort des Geräts:	

Gewährleistungserklärung

Hinweis: Der folgende Abschnitt ist ausschließlich vom Hersteller/Vertreiber auszufüllen.

Herstellerfirma:		

(Adresse)		
Geräte-Bezeichnung:		

(Vollständige Herstellerangaben)		
Geräte-Nummer:	Baujahr:	Auslieferungsdatum:
_____	_____	_____
<p>Das Gerät ist für das markierte Verfahren so ausgestattet, dass mindestens die folgenden Messungen durchgeführt und die zugehörigen Messgrößen über einen Zeitraum von mindestens sechs Stunden simultan auf einem Datenträger registriert werden können:</p>		
<input type="checkbox"/> Kardiorespiratorische Polygraphie: <ul style="list-style-type: none"> • 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) • Die abgeleiteten Rohdaten stehen für eine visuelle Auswertung zur Verfügung. 	<input type="checkbox"/> Kardiorespiratorische Polysomnographie: <ul style="list-style-type: none"> • Registrierung der Atmung • Oxymetrie (Sättigung des oxygenierbaren Hämoglobins) • Elektrokardiographie (EKG) • Aufzeichnung der Körperlage • Messung der abdominalen und thorakalen Atembewegungen • Atemfluss oder Maskendruckmessung (bei Überdrucktherapie mit CPAP- oder verwandten Geräten) • Elektrookulographie (EOG) mit mindestens 2 Ableitungen • Elektroenzephalographie (EEG) mit mindestens 2 Ableitungen • Elektromyographie (EMG) mit mindestens 3 Ableitungen • Optische und akustische Aufzeichnung des Schlafverhaltens 	

Die Vollständigkeit und Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird bestätigt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers/Vertreibers

Telefonnummer

Ansprechpartner/in