

**KUNDENID:** \_\_\_\_\_

**Angaben zum Versicherten:**

**BARMER GEK**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

Modell: \_\_\_\_\_

**es erfolgte ein Gerätewechsel**

**Modell:** \_\_\_\_\_

**Hersteller:** \_\_\_\_\_

erhielt o.g. Schlafapnoegerät zur häuslichen

Therapie am:  
\_\_\_\_\_

**Erprobungsphase**

**Jährliche Stundenzahl**

***Ich habe das Gerät wie folgt genutzt:***

In der Zeit vom:		bis:	
Zählerstand alt:		Zählerstand neu:	
Zählerstand alt:*		Zählerstand neu:*	
Genutzte Stunden insgesamt:			
Gerätename:		Hersteller:	

Kunden ID: \_\_\_\_\_

\*Diese Felder sind nur auszufüllen, wenn das Gerät im maßgeblichen Zeitraum ausgetauscht wurde.

**KUNDENID: «KUNDENID»**

**Angabe nur notwendig, sofern die Gerätenutzung unter 500 Stunden in der Erprobungsphase, bzw 1500Stunden im Jahr liegt:** Den ausgefüllten Fragebogen meines Facharztes / Schlaflabor oder eine entsprechende ärztliche Verordnung füge ich bei.

Ich werde das Hilfsmittel weiter nutzen	Ja	Nein
Feld für Bemerkungen:		
Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten für Abrechnungszwecke verwendet werden.		
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben. Die von mir angegebene Nutzungsdauer entspricht dem Zählerstand des von mir verwendeten Gerätes:		
Kunden ID:		
Ort, Datum	Unterschrift	

Hinweis zum Datenschutz: Die Rechtsgrundlage zur Erhebung der Daten lautet §67a Abs. 2 SGB X i.V.m. § 100 SGB X. Erforderlich ist die Datenerhebung zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgabe gemäß §284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V i.V.m. § 73 SGB V.

**Hinweis für den Facharzt bzw. das Schlaflabor bzw. Hausarzt**

Mit diesem Formular ist eine vereinfachte und schnellere Bearbeitung möglich. Wird das zur Verfügung gestellte Gerät vom Patienten weniger als 500 Std. in der Erprobungsphase oder 1500 Std. pro Jahr genutzt, bedarf es einer entsprechenden fachärztlichen Begründung oder einer solchen eines Schlaflabors für die weitere Nutzung. Bitte beantworten Sie daher die folgenden Fragen. Alternativ kann die Notwendigkeit für die weitere Nutzung auch auf einer Verordnung nach Muster 16 erfolgen.		
Die Nutzung des Gerätes erbrachte eine Verbesserung des Gesundheitszustandes des Patienten	ja	nein
Der Patient akzeptiert die weitere Nutzung des Hilfsmittels	ja	nein
Wegen fehlender Akzeptanz des Patienten wird die Therapie abgebrochen	ja	nein
Eine weitere Nutzung des Hilfsmittels wird empfohlen	ja	nein
Unterschrift und Stempel des Facharztes /Schlaflabor		

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie haben im Rahmen Ihrer Therapie ein Gerät von uns erhalten.

Damit Ihre Krankenkasse auch weiterhin die Kosten für Ihre Therapie übernimmt, müssen die Betriebsstunden Ihres Therapiesystems (z.B. Therapiesystem zur Behandlung schlafbezogener Atmungsstörungen) an Ihre Krankenkasse übermittelt werden. Nur dann kann die Therapie unterbrechungsfrei fortgesetzt werden und es entstehen keine vermeidbaren Kosten.

Bitte lesen Sie die Betriebsstunden Ihres Therapiegerätes gemäß der Anleitung aus und füllen das entsprechende Formular aus.

**Das ausgefüllte Formular können Sie uns dann wie folgt zusenden:**

... per E-Mail an	<a href="mailto:info@gmv-hofheim.de">info@gmv-hofheim.de</a>
... per Fax an	06122 – 7528-51
... per Briefpost an	GMV Gesellschaft für medizintechnische Versorgung mbH – Betriebsstunden – Nassaustraße 10 65719 Hofheim

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen selbstverständlich telefonisch, per E-Mail oder über unser Kontaktformular zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihre

GMV Gesellschaft für medizintechnische Versorgung mbH