**Ärztliche Verordnung /
Antrag auf Kostenübernahme***

Hilfsmittel Positionsnummer 21.46.01.0005

**NightWatch
Epilepsie Anfallserkennungssystem**

Bitte mit Rezept (Muster 16) an:

**LivAssured BV
Postfach 111322, 47814 Krefeld**

Tel. +49 (0) 2151 971 6287

Fax +49 (0) 2151 971 6288

kksupport@nightwatchepilepsy.com

**bitte so ausführlich wie möglich ausfüllen - erleichtert die Bearbeitung!*

Patienten- und Versicherungsinformationen

Patient Nachname

Name Krankenversicherung

Patient Vorname

Versicherten-Nr

Geburtsdatum Versicherte/r

Kontaktperson Name:

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Telefon (bitte unbedingt angeben wegen Beratung)

Email (bitte unbedingt angeben für Versorgung)

Diagnose und Angaben über den Befund – Bitte die Gründe für die Verordnung ankreuzen

Nächtliche /schlafgebundene Anfälle

Anfallsrezidiv

SUDEP Risikominimierung

Schwer einstellbare Epilepsieform

Umstellung der antiepileptischen Therapie

therapieschwierig/pharmakoresistent

Anfallsverschlechterung

Anderer Grund

Begründung: Der Patient/die Patientin hat ein ernsthaftes und erhöhtes Risiko, einen schweren epileptischen Anfall zu erleiden (Klassifikation nach ILAE, 2017). Zu den schweren epileptischen Anfällen gehören längerdauernde tonische Anfälle, klonische oder tonisch-klonische Anfälle, hypermotorische Anfälle und Cluster von Myoklonien.

Epileptische Anfälle lt. ILAE Klassifikation:

generalisiert

fokal (mit Bewusstseinsverlust)

kombiniert

Tonisch-klonisch

längerdauernd tonisch

Hyperkinetisch

Myoklonien (Cluster)

**Ärztliche Verordnung
Antrag auf Kostenübernahme**

Hilfsmittel Positionsnummer 21.46.01.0005

**NightWatch
Epilepsie Anfallserkennungssystem**

Bitte mit Rezept (Muster 16) an:

**LivAssured BV
Postfach 111322, 47814 Krefeld**

Tel. +49 (0) 2151 971 6287

Fax +49 (0) 2151 971 6288

kksupport@nightwatchepilepsy.com

Verordnender Arzt und Kontaktinformationen

Klinik / Einrichtung / Arztpraxis

Straße Klinikum /ärztliche Praxis

Behandelnder Arzt / Ärztin

PLZ / Ort

Funktion behandelnder Arzt

Telefonnummer Arzt

Krankenhaus IK-Nummer

Station / Gebäude / Zimmer-Nr

Ansprechpartner bei Rückfragen

Telefonnummer Ansprechpartner

Geplantes Entlass-Datum

ambulante Behandlung

Epilepsieberatungsstelle

Ansprechpartner

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für das NightWatch Epilepsie Anfallserkennungssystem der Fa. LivAssured B.V. nach §2 Abs.1aSGB V (Einzelfallentscheidung) bzw. für den Fall der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB V) die Kostenübernahme des verordnenden Hilfsmittels und entbinde den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin und/oder Angehörige anderer Heilberufe sowie angestellte ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter:innen des Krankenhauses / der Einrichtung, den Leistungserbringer und seine mit ihm verbundenen Mitarbeiter und Dienstleister und den Kostenträger von seiner Schweigepflicht und erlaube ausdrücklich die Weitergabe der notwendigen medizinischen Dokumente, soweit die getroffenen persönlichen Angaben die Versorgung das Hilfsmittel NightWatch betreffen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient / Betreuer

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

**Ärztliche Verordnung /
Antrag auf Kostenübernahme**

Hilfsmittel Positionsnummer 21.46.01.0005

NightWatch
Epilepsie Anfallserkennungssystem

Bitte mit Rezept (Muster 16) an:

LivAssured BV
Postfach 111322, 47814 Krefeld

Tel. +49 (0) 2151 971 6287

Fax +49 (0) 2151 971 6288

↓ kksupport@nightwatchepilepsy.com

**Ärztliche Stellungnahme / sozial-medizinische Begründung für die Verordnung eines
NightWatch Anfallserkennungssystem**

Patient Nachname

Patient Vorname

Geburtsdatum

Risikobegründende Diagnosen /Erstdiagnose/ Anfallssemiologie / Häufigkeit der Anfälle / Dauer der Anfälle

Medikation / Therapieplan

Maßnahmen im Notfall / Maßnahmen beim Epilepsieanfall

**Ärztliche Verordnung /
Antrag auf Kostenübernahme**

Hilfsmittel Positionsnummer 21.46.01.0005

**NightWatch
Epilepsie Anfallserkennungssystem**

Bitte mit Rezept (Muster 16) an:

LivAssured BV
Postfach 111322, 47814 Krefeld
Tel. +49 (0) 2151 971 6287
Fax +49 (0) 2151 971 6288
kksupport@nightwatchepilepsy.com

Individuelle Stellungnahme / Sozial-med. Begründung / Soziale Indikation / Teilhabe / Inklusion

Wie wurden Anfälle bisher aufgezeichnet?

Gar nicht Babyfon manuelles Anfallstagebuch sonstiges

Wurde das Hilfsmittel erprobt (z.B. im Rahmen des stationären Aufenthaltes?)

Ja nein

Ort Datum Klinik Stationärer Aufenthalt

Ist der Patient in einer Studie eingeschlossen? ja nein

Bitte Originalrezept (Muster 16) für NightWatch Epilepsie Anfallserkennungssystem mitgeben.

LivAssured BV
Postanschrift Deutschland:
Postfach 111322, 47814 Krefeld
Tel. +49 (0) 2151 971 6287
Fax +49 (0) 2151 971 6288
kksupport@nightwatchepilepsy.com

Klinik / Praxisstempel