

Ärztliche Verordnung / Antrag auf Kostenübernahme

Hilfsmittel Positionsnummer NEU: 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

Patienten- und Versicherungsinformationen

Patient Nachname

Name Krankenversicherung, evtl. Kassen-Nr

Patient Vorname

Versicherten-Nr

Geburtsdatum Versicherte/r

Kontaktperson Anrede/Name Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ Ort

Telefon

Email

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nächtliche /schlafgebundene Anfälle | <input type="checkbox"/> Anfallsrezidiv |
| <input type="checkbox"/> SUDEP Risikominimierung | <input type="checkbox"/> Schwer einstellbare Epilepsieform |
| <input type="checkbox"/> Umstellung der antiepileptischen Therapie | <input type="checkbox"/> therapieschwierig/pharmakoresistent |
| <input type="checkbox"/> Anfallsverschlechterung | <input type="checkbox"/> Anderer Grund |

Begründung: Der Patient/die Patientin hat ein ernsthaftes und erhöhtes Risiko, einen schweren epileptischen Anfall zu erleiden (Klassifikation nach ILAE, 2017, siehe auch DGfE Leitlinien 2024). Zu den schweren epileptischen Anfällen gehören längerdauernde tonische Anfälle, klonische oder tonisch-klonische Anfälle, hyperkinetische Anfälle und Cluster von Myoklonien.

Epileptische Anfälle Klassifikation (lt. ILAE), Erscheinungsform, Ausprägung:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> generalisiert | <input type="checkbox"/> fokal (mit Bewusstseinsverlust) |
| <input type="checkbox"/> kombiniert tonisch-klonisch | <input type="checkbox"/> längerdauernd tonisch |
| <input type="checkbox"/> hyperkinetisch | <input type="checkbox"/> Myoklonien (Cluster) |

Epilepsiesyndrom?

Erstdiagnose / bisheriger Verlauf:

**Komorbiditäten / sonstige
Einschränkungen:**

Ärztliche Verordnung / Antrag auf Kostenübernahme

Hilfsmittel Positionsnummer NEU: 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 § 33 SGB V 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 des Hilfsmittel NightWatch betreffen.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Ärztliche Verordnung / Antrag auf Kostenübernahme

Hilfsmittel Positionsnummer NEU: 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

Epilepsie: Klassifikation, Erscheinungsform, Ausprägung, relevante Komorbiditäten, Risiken der Erkrankung

Therapiekonzept (Medikation) / Mit welchem Erfolg/Ergebnis

Individuelle Therapieziele

Angaben zur Therapieadhärenz / Mitwirkung des Patienten

Relevante Kontextfaktoren (Lebensumfeld, Betreuungs- und Pflegesituation)

Ärztliche Verordnung / Antrag auf Kostenübernahme

Hilfsmittel Positionsnummer NEU: 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 sonstige

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

Ja Ort Datum nein

Maßnahmen im Notfall / Maßnahmen beim Epilepsieanfall

Nach einem Alarm muss eine betreuende Person die Situation einschätzen und gemäß den Empfehlungen des behandelnden Arztes handeln. Steht eine entsprechend eingewiesene Person im Umfeld des /der Versicherten zur Verfügung? (Bitte Namen oder Funktion der Betreuungsperson eintragen)



Wird der Patient / Betreuer über die sichere und bestimmungsgemäße Anwendung aufgeklärt?



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