

## INFORMATION FÜR SCHLAFMEDIZINISCHE(N) FACHARZT/FACHÄRZTIN

Sehr geehrte® Frau/Herr Kollege/in,

zur Abrechnung der Behandlung mit einer „Unterkieferprotrusionsschiene“ (UPS) benötigt Herr/Frau .....

- eine Bescheinigung, dass eine Behandlung mit einer „Unterkieferprotrusionsschiene“ (UPS) eingeleitet werden soll. Diese von einem **Vertragsarzt mit der Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ oder** der Qualifikation nach §6 Abs. 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zwischen KBV und dem GKV-SV zur Diagnostik und Therapie schlafbezogener Atemstörungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. - also (auch laut Rundschreiben der KZV Bayern vom 23.02.2022) mit der Befähigung für die Ausführung und Abrechnung der kardiorespiratorischen **Polysomnographie.**

- dazu eine Bescheinigung, dass eine Überdruckbehandlung mit Schlafmaske nicht durchgeführt werden kann (bei Bedarf Anlage unten verwenden)

Sollten Kosten für über das wirtschaftliche und notwendige hinausgehende funktionsdiagnostische und funktionsanalytische Leistungen („8000er Positionen“), die Anfertigung eines Bissstabilisators (Aligner), die Aufbereitung der intraoralen Scans und digitalen Registrate anfallen, so werden diese von der Krankenkasse nicht übernommen. Der Eigenanteil des/der Patienten/in beläuft sich in unserer Praxis in der Regel auf insgesamt ca. € 460.-, über die genauen Kosten wird der/die Patient/in vor Beantragung der Behandlung schriftlich aufgeklärt.

Mit freundlichen Grüßen, ihr Praxisteam

Dr. Karl Haushofer

---

### Ärztliche Bescheinigung

Bei Herrn/Frau ..... kann eine Behandlung mit Überdrucktherapie nicht durchgeführt werden, weil ein/eine

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> PAP - Intoleranz | <input type="checkbox"/> PAP – Unverträglichkeit | <input type="checkbox"/> PAP – Inakzeptanz |
| <input type="checkbox"/> PAP – Versagen   | <input type="checkbox"/> PAP – Abbruch           |  |

vorliegt.

.....  
(Datum, Ort)

.....  
(Stempel, Unterschrift)