

**Technischer Datenbogen / Gewährleistungsgarantie**  
**- Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom -**

Anlage zum Antrag auf Erteilung einer Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom (vom Hersteller / Vertreiber auszufüllen)

oder

Zusatzgerät

Gerätewechsel

Standortwechsel

**LANR:**

**BSNR:**

**Benutzer des Gerätes:**

**Standort des Gerätes:**

**Gerätebezeichnung:**

**Hersteller / Vertreiber:**

**Baujahr:**

**Tag der Installation:**

**Anforderungen**

- Das Druckkammersystem ist für die Anwendung des Problemwunden-Therapieschemas 240-90\* geeignet und verfügt über mindestens drei Plätze in der Hauptkammer.
- Der ständige Sicht- und Sprechkontakt mit den Patienten ist gewährleistet.
- Eine Überwachung der Körperfunktionen des Patienten (EKG, Atmung, Pulsoxymetrie) ist ständig gewährleistet. Im Notfall muss ein Arzt jederzeit in die Druckkammer eingeschleust werden können, um erste Hilfe oder eine notwendige medizinische Notfallbehandlung durchführen und ggf. den Patienten hinaus begleiten zu können.
- Die Druckkammer kann auch bei Stromausfall sicher weiter betrieben werden.
- Die Druckkammeranlagen und ihr Betrieb entsprechen den Vorschriften des Medizinproduktegesetzes und der Medizinprodukte-Betreiberverordnung.
- Die Druckkammern und ihre Ausstattung entsprechen den DIN-Vorgaben „Druckkammern für Personen – Mehrpersonen-Druckkammersysteme für hyperbare Therapie – Leistung, sicherheitstechnische Anforderungen und Prüfung“, Deutsche Fassung EN 14931:2006.

\*<http://www.vdd-hbo.de/behandlungsverfahren-der-hbo/#62a7941f94bf9a0dc>

**Hiermit wird versichert, dass das Gerät die Anforderungen nach der Vereinbarung zur hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom in der jeweils geltenden Fassung erfüllt.**

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Herstellers / Vertreibers