

**Ärztliche Verordnung /
Antrag auf Kostenübernahme
Hilfsmittel**

**NightWatch+
Epilepsie-Monitoring**

Wer holt die Bewilligung ein?

Arzt/Ärztin oder ÖGK/BVAEB/SVS/KFA-Versicherte und Anspruchsberechtigte per Post, Fax, E-Mail, persönlich im Kundenservice oder über elektronische Schnittstellen **Kosten des Hilfsmittels: € 1.890,-** Teil- Kostenübernahme bei Genehmigung (2026) 1.848,00 € bzw. max. Rechnungsbetrag). Fordern Sie einen Kostenvoranschlag bei LivAssured (Hersteller von NightWatch) oder einem autorisierten Vertriebspartner an: kksupport@nightwatchepilepsy.com

Patient (Vor- und Nachname)

Geburtsdatum / SVNR

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefon (bitte unbedingt angeben)

Email (bitte unbedingt angeben)

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

 Nächtliche /schlafgebundene Anfälle

 Anfallsrezidive

 Erhöhtes SUDEP-Risiko

 Schwer einstellbare Epilepsieform

 Umstellung der antiepileptischen Therapie

 therapieschwierig / pharmakoresistent / refraktär / superrefraktär

 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 länger dauernde oder Serien von tonischen Anfällen, klonische oder tonisch-klonische Anfälle, hypermotorische/hyperkinetische Anfälle und Serien von Myoklonien. Diese werden gemäß der klinischen Daten von NightWatch erkannt.

Epileptische Anfälle lt. ILAE Klassifikation (2017 oder 2025)

 generalisiert

 fokal (mit Bewusstseinsverlust)

 kombiniert

 Tonisch-klonisch

 länger dauernd tonisch

 Hyperkinetisch

 Myoklonien (Cluster)

Epilepsiesyndrom / Sonstiges:

**Ärztliche Verordnung /
Antrag auf Kostenübernahme
Hilfsmittel**

**NightWatch+
Epilepsie-Monitoring**

Wer holt die Bewilligung ein?

Arzt/Ärztin oder ÖGK/BVAEB/SVS/KFA-Versicherte und Anspruchsberechtigte per Post, Fax, E-Mail, persönlich im Kundenservice oder über elektronische Schnittstellen **Kosten des Hilfsmittels: € 1.890,-** Teil- Kostenübernahme bei Genehmigung (2026) 1.848,00 € bzw. max. Rechnungsbetrag). Fordern Sie einen Kostenvoranschlag bei LivAssured (Hersteller von NightWatch) oder einem autorisierten Vertriebspartner an: kksupport@nightwatchepilepsy.com

Verordnender Arzt und Kontaktinformationen (oder Aufkleber /Stempel der Klinik / Arztpraxis)

Krankenanstalt / Institut / ärztliche Praxis

Behandelnder Arzt / Ärztin

Telefonnummer Arzt /Ansprechpartner

Geplantes Entlass-Datum (bei stat. Aufenthalt)

Epilepsieberatung/Sozialberatung

Straße Krankenanstalt/ Institut/ ärztliche Praxis

PLZ / Ort

E-mail med. Ansprechpartner

ambulante Behandlung (Datum)

Ansprechpartner / TelNr

Der Patient / die Patientin lebt in einer Einrichtung für betreutes Wohnen / einer inklusiven Wohnform und benötigt eine Alarmweiterleitung / Anbindung an die Rufanlage

Ja

Nein

Schweigepflichtsentbindung und Einwilligung zur Datenweitergabe

Hiermit beantrage ich die Prüfung/Zuerkennung der Kostenübernahme für das *NightWatch+ Epilepsie-Überwachungssystem* der Firma LivAssured B.V., Schipholweg 103, 2316 XC Leiden (NL), durch den zuständigen Krankenversicherungsträger gemäß ASVG und BSVG. Ich entbinde den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin, Angehörige anderer Heilberufe, angestellte ärztliche und nicht-ärztliche Mitarbeiter:innen der behandelnden Einrichtung, den Leistungserbringer, dessen beauftragte Mitarbeiter:innen und Dienstleister sowie den Kostenträger von der Schweigepflicht (§ 54 Ärztegesetz) und erlaube die Weitergabe aller für Prüfung, Versorgung und Abrechnung erforderlichen medizinischen Daten, soweit sie die Versorgung mit dem Hilfsmittel *NightWatch* betreffen. Die Einwilligung erfolgt freiwillig, kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden und gilt gemäß DSGVO und DSG ausschließlich für den genannten Zweck.

Ort, Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin

Ort, Datum

Unterschrift Patient

**Ärztliche Verordnung /
Antrag auf Kostenübernahme
Hilfsmittel****NightWatch+
Epilepsie-Monitoring****Wer holt die Bewilligung ein?**

Arzt/Ärztin oder ÖGK/BVAEB/SVS/KFA-Versicherte und Anspruchsberechtigte per Post, Fax, E-Mail, persönlich im Kundenservice oder über elektronische Schnittstellen **Kosten des Hilfsmittels: € 1.890,-** Teil- Kostenübernahme bei Genehmigung (2026) 1.848,00 € bzw. max. Rechnungsbetrag). Fordern Sie einen Kostenvoranschlag bei LivAssured (Hersteller von NightWatch) oder einem autorisierten Vertriebspartner an: kksupport@nightwatchepilepsy.com

Ärztliche Stellungnahme / sozial-medizinische Begründung für die Verordnung eines NightWatch Anfallserkennungssystem**Patient (Nachname, Vorname)****Geburtsdatum / SVNR****Risikobegründende Diagnosen / Anfallssemiologie / Häufigkeit der Anfälle / Dauer der Anfälle****Medikation (ASM) / Therapieplan****Maßnahmen im Notfall / Maßnahmen beim Epilepsieanfall / Notfallmedikation****Wurde der Patient/Betreuungspersonen über SUDEP und epilepsiebezogene Risiken aufgeklärt?**JA **Wie wurden Anfälle bisher aufgezeichnet?**Gar nicht Babyfon Anfallstagebuch

sonstiges

Wurde das Hilfsmittel erprobt (z.B. im Rahmen des stationären Aufenthaltes?)Ja nein **Ist der Patient in einer Studie eingeschlossen? ja****NEIN**