

**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 längerdauernde 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

☐ längerdauernd 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

Krankenanstalt/Arzt/ Praxisstempel

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 ☒