

Patienten- und Versicherungsinformationen

Patient Nachname

Patient Vorname(n)

Name Krankenversicherung

Versicherten-Nr

Geburtsdatum Versicherte/r

Kontaktperson Anrede/Name Vorname

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

Anfallsverschlechterung

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 DGN/DGfE Leitlinien 2023). Zu den schweren epileptischen Anfällen gehören längerdauernde tonische Anfälle, klonische oder tonisch-klonische Anfälle, hyperkinetische Anfälle und Serien von Myoklonien. Diese werden gemäß der klinischen Daten von NightWatch erkannt.

Epileptische Anfälle Klassifikation (lt. ILAE 2017 und 2025), Erscheinungsform, Ausprägung:

generalisiert

fokal (mit Bewusstseinsverlust)

kombiniert

tonisch-klonisch

längerdauernd tonisch

hyperkinetisch

Myoklonie

Epilepsiesyndrom / Sonstiges:

Erstdiagnose / bisheriger Verlauf:

DEUTSCHLAND 2025

**Ärztliche Verordnung /
Antrag auf Kostenübernahme**
**NightWatch+ Epilepsie-
Anfallserkennungssystem**
Hilfsmittel Positionsnummer: 21.46.01.0005

**Bitte mit rosa Rezept (Muster 16) oder
Privatrezept per Post an:**

LivAssured BV

Postfach 111322, 47814 Krefeld

Tel. +49 (0) 2151 971 6287

Fax +49 (0) 2151 971 6288

kksupport@nightwatchepilepsy.com

Komorbiditäten / sonstige Einschränkungen

Verordnender Arzt und Kontaktinformationen

Klinik / Einrichtung / Arztpraxis

Anschrift Klinik / Praxis / Einrichtung

Behandelnder Arzt / Ärztin

Telefonnummer Arzt

Ansprechpartner bei Rückfragen

Telefonnummer Ansprechpartner

Geplantes Entlass-Datum (bei st. Aufenthalt)

ambulante Behandlung

Epilepsieberatungsstelle

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-Anfallserkennungssystem* der Firma LivAssured B.V., Schipholweg 103, 2316 XC Leiden (NL), durch den zuständigen Krankenversicherungsträger gemäß nach § 33 SGB V bzw. für den Fall der Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch (SGB V) des verordneten Hilfsmittels. 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 Patient

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Ärztliche Stellungnahme / sozial-medizinische Begründung für die

Antrag auf Kostenübernahme für NightWatch Epilepsie Anfallserkennungssystem
kksupport@nightwatchepilepsy.com

Seite 2/4

Verordnung eines NightWatch Anfallserkennungssystem

Patient Nachname

Patient Vorname

Geburtsdatum

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

Therapiekonzept (Medikation) / Erfolg / Ergebnis

Individuelle Therapieziele

Angaben zur Therapieadhärenz / Mitwirkung des Patienten

Relevante Kontextfaktoren (Lebensumfeld, Betreuungs- und Pflegesituation)

Individuelle Stellungnahme / Sozial-med. Begründung / Soziale Indikation / Teilhabe / Inklusion

Wie wurden Anfälle bisher aufgezeichnet?

DEUTSCHLAND 2025

**Ärztliche Verordnung /
Antrag auf Kostenübernahme**
**NightWatch+ Epilepsie-
Anfallserkennungssystem**
Hilfsmittel Positionsnummer: 21.46.01.0005

**Bitte mit rosa Rezept (Muster 16) oder
Privatrezept per Post an:**

LivAssured BV
Postfach 111322, 47814 Krefeld
Tel. +49 (0) 2151 971 6287
Fax +49 (0) 2151 971 6288

kksupport@nightwatchepilepsy.com

Gar nicht

Babyfon

manuelles Anfallstagebuch

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

Ja

Ort

Nein

Sonstige 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?** **JA**

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

Ist der Patient in einer Studie eingeschlossen? **JA** **NEIN**

Bitte Originalrezept (Muster 16) für NightWatch (21.46.01.0005) mitgeben oder senden an:

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