

DEUTSCHLAND 2026

**Ärztliche Verordnung /
Antrag auf Kostenübernahme
NightWatch+ Epilepsie-Überwachung
Hilfsmittel Positionsnummer: 21.46.01.0006**

**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

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 2026

**Ärztliche Verordnung /
Antrag auf Kostenübernahme
NightWatch+ Epilepsie-Überwachung
Hilfsmittel Positionsnummer: 21.46.01.0006**

**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

Schweigegepflichtsentbindung und Einwilligung zur Datenweitergabe Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für das Epilepsie-Anfallserkennungssystem NightWatch der Firma LivAssured B.V. als Hilfsmittel gemäß den §§ 33 ff. SGB V unter Angabe der entsprechenden Hilfsmittelnummer. Das Hilfsmittel ist ärztlich verordnet und dient dem Ausgleich der durch die Epilepsie bedingten Beeinträchtigungen sowie der Sicherung des Behandlungserfolgs. Zudem binde ich die mich behandelnden Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Heilberufe, die beteiligte Einrichtung einschließlich ihrer ärztlichen und nicht-ärztlichen Mitarbeitenden sowie den Leistungserbringern von der ärztlichen Schweigegepflicht, soweit dies zur Prüfung meines Antrags und zur Versorgung mit dem Hilfsmittel NightWatch erforderlich ist. Ich willige ausdrücklich in die zweckgebundene Weitergabe der hierfür notwendigen medizinischen Unterlagen an den zuständigen Kostenträger ein. Hofsweise beantrage ich für den Fall einer nicht fristgerechten Entscheidung die Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V.

Ort, Datum

Unterschrift Patient

Ort, Datum

Unterschrift Arzt

Ärztliche Stellungnahme / sozial-medizinische Begründung für die

*Antrag auf Kostenübernahme für NightWatch+ Epilepsie Überwachungssystem
kksupport@nightwatchepilepsy.com*

DEUTSCHLAND 2026

**Ärztliche Verordnung /
Antrag auf Kostenübernahme
NightWatch+ Epilepsie-Überwachung
Hilfsmittel Positionsnummer: 21.46.01.0006**

**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

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 2026

**Ärztliche Verordnung /
Antrag auf Kostenübernahme
NightWatch+ Epilepsie-Überwachung
Hilfsmittel Positionsnummer: 21.46.01.0006**

**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 (21.46.01.0006) 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