

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

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: € 1.790,-

Teil- Kostenübernahme bei Genehmigung (2025): € 1.720,-
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-
Anfallserkennungssystem**

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: € 1.790,-

Teil- Kostenübernahme bei Genehmigung (2025): € 1.720,-
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

Straße Krankenanstalt/ Institut/ ärztliche Praxis

Behandelnder Arzt / Ärztin

PLZ / Ort

Telefonnummer Arzt /Ansprechpartner

E-mail med. Ansprechpartner

Geplantes Entlass-Datum (bei stat. Aufenthalt)

ambulante Behandlung (Datum)

Epilepsieberatung/Sozialberatung

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 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 Patient

Unterschrift Arzt/Ärztin

Ort, Datum

Krankenanstalt/Arzt/ Praxisstempel

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

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: € 1.790,-

Teil- Kostenübernahme bei Genehmigung (2025): € 1.720,-
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