

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

geplantes Entlassungsdatum									
Lieferanschrift									
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort									
Kontaktperson									
Tel.-Nr.					Mobil Nr.				

ÄRZTLICHE VERORDNUNG FÜR SCHLAFBEZOGENE ATMUNGSSTÖRUNGEN



Fachärztliche Begründung / Diagnosen

Bei o.g. Patienten/Patientin wurde ein ausgeprägtes Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert, das bei einer nicht ausreichenden Behandlung zu erheblichen internistischen Folgeerkrankungen wie Hypertonus und Herzinsuffizienz führen kann. Aus diesem Grund wurde in unserem Schlaflabor mit der Anwendung einer Schlafapnoe-Therapie begonnen und die hierfür notwendigen Therapieeinstellungen titriert. Im Verlauf der Titration zeigte sich eine deutliche Besserung des Schlafapnoe-Syndroms, eine signifikante Verringerung der Apnoephasen und die Normalisierung der Sauerstoffsättigung.

Andere Diagnosen: _____

	vor Therapie (Diagnostiknacht)	unter Therapie (1. Einstellnacht)	unter Therapie (2. Einstellnacht)
RDI	_____	_____	_____
AHI	_____	_____	_____
min O2-Sätt.	_____	_____	_____
durchschn. O2-Sätt.	_____	_____	_____

Während der Titration am _____ wurden folgende Einstellungen für eine effiziente Therapie ermittelt.

Therapiemodus	Therapiewerte	
<input type="checkbox"/> CPAP	CPAP: _____	Frequenz: _____
<input type="checkbox"/> Auto-CPAP	Rampe: _____	Anstieg: _____
<input type="checkbox"/> Auto-Bilevel	IPAP: _____	C-Flex: _____
<input type="checkbox"/> Bilevel-S	EPAP: _____	A-Flex: _____
<input type="checkbox"/> Bilevel-ST	IPAPmax: _____	BI-Flex: _____
<input type="checkbox"/> Bilevel-SV	IPAPmin: _____	
	Tinsp.: _____	

Die Titration erfolgte während der hiesigen stationären Behandlung mit folgendem Gerät:

Maske und Zubehör

Gerät: _____ Hersteller: _____ Seriennummer: _____
 Maske: _____ Typ: _____ Größe: _____
 Warmluftbefeuchter: notwendig nicht notwendig
 Weiteres Zubehör: _____

Bei o.g. Patientin / Patienten halten wir die Anwendung einer Schlafapnoe-Therapie für dringend notwendig und ausreichend indiziert. Wir bitten Sie hiermit, um die Kostenübernahme der zur Therapieanwendung erforderlichen Hilfsmittel. Zur Sicherung einer effizienten häuslichen Therapie sollte die Versorgung unbedingt mit einem dem Titrationsgerät entsprechenden Therapiegerät und -zubehör erfolgen.

 Ort, Datum Stempel und Unterschrift des Arztes

Wir empfehlen die Hilfsmittelversorgung durch ein auf die Therapie schlafbezogener Atmungsstörungen spezialisiertes Unternehmen, z.B. Air Products Medical GmbH, durchführen zu lassen.