

Nachname Patient:

Vorname Patient:

Strasse:

PLZ und Ort:

Patientendaten, bzw. Aufkleber Patientendaten

Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel

Geb.Datum(Patient): _____

Telefon:(Patient): _____

Kostenträger: _____

KV-Nr.: _____

Geplante Entlassung: _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

oben genannte/r Patient/in leidet an einer

☐ obstruktiven Schlafapnoe ☐ zentralen Schlafapnoe ☐ schlafbezogenen Hypoventilation

☐ _____

welche polygraphisch / polysomnographisch diagnostiziert wurde.

Körpergröße: _____ Gewicht: _____ BMI: _____ AHI vor Therapie: _____ AHI nach Therapie: _____

☐ erhöhte Selbst-/Fremdgefährdung durch Tagesmüdigkeit. EES-Test: _____

Aufgrund der Beschwerdesymptomatik (Hypersomnie, Nykturie, Insomnie) des Schweregrades der Schlafapnoe und der damit verbundenen Erhöhung des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, ist eine Überdrucktherapie indiziert.

Aus diesem Grund verordnen wir ein Therapiegerät vom Typ:

☐ CPAP ☐ APAP ☐ BILEVEL S ☐ Auto BILEVEL S ☐ BILEVEL ST ☐ Auto BILEVEL ST

☐ Sonstiges: _____

 Gerät: _____ ☐ inkl. Befeuchter

Maske: _____ Größe: _____

☐ Maskenanpassung vor Ort

☐ Nasal ☐ FullFace ☐ Nasenpolster

Parameter

CPAP / EPAP (min-max)	
IPAP (min-max)	
Anstiegszeit	
Trigger I	
Trigger E	
Atemfrequenz	
DU / PS (min-max)	
Ti (min-max)	

Weitere Einstellungen

Reaktion	☐ sanft ☐ standard
Rampendruck	
Rampendauer	
EPR	
Flex / Soft	
SmartStart / Auto Start	

Wir bitten um eine zeitnahe Kostenübernahme für die o.g. verordneten Hilfsmittel, damit ein sofortiger Therapiebeginn gewährleistet werden kann.

Mit freundlichen Grüßen

 Ort, Datum

 Stempel & Unterschrift des Arztes / der Klinik