

Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel

Telefon (Patient): _____

Kostenträger: _____

KV-Nr.: _____

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

Sehr geehrte Damen und Herren,

oben genannter Patient leidet an unten genannter Atmungsstörung (ICD-10 _____)

Aus diesem Grund verordnen wir ein **Bilevel ST-Gerät bei:** schlafbezogener Hypoventilation
 chronisch ventilatorischer Insuffizienz

1. O₂-Sättigung (SaO₂) im Schlaf < 90% > 5 Min mit einem Nadir ≤ 85%
2. SaO₂ im Schlaf < 90% während > 30% der Gesamtschlafzeit
3. Blutgasanalyse im Schlaf zeigt PaCO₂-Wert, der abnormal hoch oder dysproportional zum Wach-PaCO₂ angestiegen ist.

Die chronisch ventilatorische Insuffizienz ist definiert als Hyperkapnie (PaCO₂ > 45mm/Hg am Tag).

Bei dieser Erkrankung ist eine nächtliche/intermittierende nicht-invasive Beatmungstherapie indiziert.

Unter der Beatmungstherapie zeigt sich eine Stabilisierung der Ventilation im Schlaf mit deutlicher Verbesserung der Pulsoximetrie bzw. der Blutgase.

Gerätetyp: _____ Serien-Nr.: _____
Luftbefeuchter: _____ Serien-Nr.: _____
Maske: _____ Größe: _____

Einstellungen

Anstiegszeit: _____ ms IPAP: _____ cm H₂O EPAP: _____ cm H₂O f: _____ /Min.
Ti max: _____ Sek. Ti min: _____ Sek. I:E = _____

Mit freundlichen Grüßen,

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes/der Klinik

Empfangsbestätigung Ich wurde in die Handhabung und den Gebrauch des o.g. Hilfsmittels eingewiesen und habe die gerätespezifischen Unterlagen (z.B. Gebrauchsanweisung) erhalten. Die überlassenen Hilfsmittel stehen unter dem Eigentumsvorbehalt der Firma nova:med. Ich erhalte eine Kopie dieser Empfangsbestätigung. Die von mir nachstehend abgegebene Erklärung erfolgt freiwillig. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass bei Nichtabgabe der Einwilligungserklärung, die von mir bezogenen Medizinprodukte mir in Rechnung gestellt werden können. Mit der Weitergabe der ärztlichen Verordnung und der in diesem Formular enthaltenen Daten, sowie auch künftig zu erfassenden Informationen zur Gerätenutzung und -wartung, die ausschließlich zum Zwecke meiner Versorgung und der damit einhergehenden Kostenabrechnung mit meiner Krankenversicherung erfolgt, bin ich einverstanden.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/Betreuer/Angehöriger