

Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel

Telefon (Patient): _____

Kostenträger: _____

KV-Nr.: _____

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

Sehr geehrte Damen und Herren,

oben genannter Patient leidet an einer obstruktiven Schlafapnoe, die polysomnographisch nachgewiesen wurde.

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

Aus diesem Grund verordnen wir das nasale Überdruckbeatmungsgerät vom Typ:

- CPAP** Unter der CPAP-Therapie zeigt sich eine gute Kontrolle der respiratorischen Ereignisse.
- APAP** Aufgrund der starken Variabilität der Schlafapnoe wurde die Therapie mit einem druckvariablen APAP-Gerät eingeleitet. Unter der APAP-Therapie zeigt sich eine gute Kontrolle der respiratorischen Ereignisse.
- Bilevel** Da oben genannter Patient den konstanten CPAP-Druck, auch mit expiratorischer Druckabsenkung nicht tolerierte, wurde die Therapie mit einem Bilevel S Gerät eingeleitet.

Gerätetyp: _____

Serien-Nr.: _____

Luftbefeuchter: _____

Serien-Nr.: _____

Maske: _____

Größe: _____

Einstellungen

Anstiegszeit: _____ ms IPAP: _____ cm H₂O EPAP: _____ cm H₂O

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