

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 komplexen Schlafapnoe (unter CPAP: AHI: ___ /h; Entsättigungsindex: ___ /h; durchschnittliche Sättigung: ___ %; minimale Sättigung: ___ %), die polysomnographisch nachgewiesen wurde.

Eine komplexe Schlafapnoe ist definiert als eine primär obstruktive Schlafapnoe, die unter einer CPAP-Therapie zwar effektiv eliminiert wird, dabei aber unter CPAP-Therapie neu zentrale Atmungsstörungen auftreten (zentraler Apnoe-Index $> = 5$ /h oder Cheyne-Stokes-Muster).

Initial wurde eine obstruktive Schlafapnoe diagnostiziert (AHI: ___ /h; Entsättigungsindex: ___ /h; durchschnittliche Sättigung: ___ %; minimale Sättigung: ___ %). Unter der durchgeführten CPAP-Therapie gelang eine gute Kontrolle der obstruktiven Atmungsstörungen, jedoch traten viele zentrale respiratorische Ereignisse auf, die im Verlauf der CPAP-Therapie persistierten (AHI: ___ /h; Entsättigungsindex: ___ /h; durchschnittliche Sättigung: ___ %; minimale Sättigung: ___ %).

Es wurde eine Umstellung auf eine CPAP/Bilevel-ST-Therapie vorgenommen. Unter der CPAP/Bilevel-ST-Therapie gelingt keine gute Kontrolle der respiratorischen Ereignisse (AHI: ___ /h; Entsättigungsindex: ___ /h; durchschnittliche Sättigung: ___ %; minimale Sättigung: ___ %) bzw. die notwendigen Therapiedrucke werden von oben genanntem Patienten trotz ausführlichen Therapietraining nicht toleriert. Deshalb wurde ein Therapieversuch mit einer adaptiven Servoventilation (AutoSet CS) initiiert.

Unter der adaptiven Servoventilation (AutoSet CS) zeigt sich eine gute Kontrolle der Atmungsstörungen (AHI: ___ /h; Entsättigungsindex: ___ /h; durchschnittliche Sättigung: ___ %; minimale Sättigung: ___ %).

Aus diesem Grund verordnen wir ein:

Überdruckbeatmungsgerät AutoSet CS

Gerätetyp: _____ Serien-Nr.: _____

Luftbefeuchter: _____ Serien-Nr.: _____

Maske: _____ Größe: _____

ASV Modus

EPAP: _____ cm H₂O Min DU: _____ cm H₂O Max. DU: _____ cm H₂O

ASV Auto Modus

Min EPAP: _____ Max EPAP: _____

Min DU: _____ Max DU: _____

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