

Nachname Patient:

Vorname Patient:

Strasse:

PLZ und Ort:

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel

Geb. Datum (Patient): _____

Telefon (Patient): _____

E-Mail (Patient): _____

Kostenträger: _____

KV-Nr.: _____

Pflegeheim: _____

Geplante Entlassung: _____

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