

Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel

Nachname Patient:

Vorname Patient:

Strasse:

PLZ und Ort:

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

Geb. Datum (Patient): _____

Telefon (Patient): _____

E-Mail (Patient): _____

Kostenträger: _____

KV-Nr.: _____

Pflegeheim: _____

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. ESS-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 APAP for Her BILEVEL S AUTO BILEVEL S BILEVEL ST AUTO BILEVEL ST

Sonstiges: _____

Maskenanpassung vor Ort

Gerät: _____ inkl. Befeuchter

Nasal FullFace Nasenpolster

Maske: _____ Größe: _____ for Her

Parameter

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

Weitere Einstellungen

Reaktion	<input type="checkbox"/> sanft <input type="checkbox"/> Standard
Rampendruck	
Rampendauer	
EPR	
Flex / Soft	
SmartStart / Auto Start	

Mit freundlichen Grüßen,

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift des Arztes / der Klinik