Nachname Patient:
Vorname Patient:
Geb. Datum:
Strasse:
PLZ und Ort:

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel

Telefon (Patient):

E-Mail (Patient):

Kostenträger:

Versicherungs Nr.:

Geplante Entlassung:

Pflegeheim:

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 C AP-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: ___ %).

löschen speichern löschen

Aus diesem Grund verordnen wir ein:

☐ Überdruckbeatmungsgerät mit Servoventilationssteuerung

Gerätetyp: _____ Serien-Nr.: _____

Luftbefeuchter: _____ Serien-Nr.: _____

Maske: _____ Größe: _____

ASV Modus

EPAP: _____ cm H_2O Min DU: _____ cm H_2O Max. DU: _____ cm H_2O

ASV Auto Modus

Min EPAP: _____ Max EPAP: _____

Min DU: _____ Max DU: _____

Mit freundlichen Grüßen,

_____ _____

Ort, Datum Stempel, Unterschrift des Arztes / der Klinik

löschen speichern drucken