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 genannte/r Patient/in leidet an einer

☐ obstruktiven Schlafapnoe ☐ zentralen Schlafapnoe ☐ schlafbezogenen Hypoventilation

☐ _____ welche polygraphisch / polysomnographisch diagnostiziert wurde.

☐ Zusätzlich wurde eine erhöhte Selbst-/Fremdgefährdung durch Tagesmüdigkeit festgestellt. 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

☐ IVAPS ☐ Sonstiges: _____

Gerät: _____ ☐ inkl. Befeuchter ☐ Maskenanpassung vor Ort

Maske: _____ Größe: _____ ☐ for Her ☐ Nasal ☐ FullFace ☐ Nasenpolster

Parameter

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

Weitere Einstellungen

Reaktion	☐ sanft ☐ Standard
Rampendruck	
Rampendauer	
EPR	
Flex / Soft	
SmartStart / Auto Start	

Körpergröße: _____cm Gewicht: _____kg BMI: _____ AHI vor Therapie: _____ AHI nach Therapie: _____

Tiefste Sauerstoffsättigung: _____ % ☐ Sauerstoffsättigung unter 90% über 10 Minuten

Mit freundlichen Grüßen,

_____
Ort, Datum

_____
Stempel & Unterschrift des Arztes / der Klinik