



|                                |                     |
|--------------------------------|---------------------|
| Krankenkasse                   | Versicherten-Nr.    |
| Name, Adresse des Versicherten |                     |
| geb. am                        |                     |
| Vertragsarzt-Nr.               | Betriebsstätten-Nr. |

|                             |         |
|-----------------------------|---------|
| Arzt                        |         |
| Entlassung am               |         |
| Ansprechpartner - Lieferort | Telefon |

|                       |                               |   |
|-----------------------|-------------------------------|---|
| Alternative Lieferung | <input type="checkbox"/> Reha | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege |
| Adresse               |                               |   |

# Ärztliche Verordnung.

## Für schlafbezogene Atmungsstörungen.

**Fachärztliche Begründung/Diagnosen**

Bei o.g. Patientin/Patienten wurde ein ausgeprägtes Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert, das bei einer nicht ausreichenden Behandlung zu erheblichen internistischen Folgeerkrankungen wie Hypertonus und Herzinsuffizienz führen kann. Aus diesem Grund wurde in unserem Schlaflabor mit der Anwendung einer Schlafapnoe-Therapie begonnen und die hierfür notwendigen Therapieeinstellungen titriert. Im Verlauf der Titration zeigte sich eine deutliche Besserung des Schlafapnoe-Syndroms, eine signifikante Verringerung der Apnoephasen und die Normalisierung der Sauerstoffsättigung.

**Andere Diagnosen:** \_\_\_\_\_

|                                      | vor Therapie (Diagnostiknacht) | unter Therapie (1. Einstellnacht) | unter Therapie (2. Einstellnacht) |
|--------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| RDI                                  | _____                          | _____                             | _____                             |
| AHI                                  | _____                          | _____                             | _____                             |
| min O <sub>2</sub> -Sättigung        | _____                          | _____                             | _____                             |
| durchschn. O <sub>2</sub> -Sättigung | _____                          | _____                             | _____                             |

Während der Titration am \_\_\_\_\_ wurden folgende Einstellungen für eine effiziente Therapie ermittelt.

| Therapiemodus                         | Therapiewerte       |                  |
|---------------------------------------|---------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> CPAP         | CPAP                | Frequenz         |
| <input type="checkbox"/> Auto-CPAP    | Rampe               | Anstieg          |
| <input type="checkbox"/> Auto-Bilevel | IPAP                | Sonderfunktionen |
| <input type="checkbox"/> Bilevel-S    | EPAP                | _____            |
| <input type="checkbox"/> Bilevel-ST   | IPAPmax             | _____            |
| <input type="checkbox"/> Bilevel-SV   | IPAPmin             | _____            |
|                                       | T <sub>insp</sub> . | _____            |

**Gerät, Maske und Zubehör**

|                    |                                    |  |
|--------------------|------------------------------------|--|
| Gerät              | Hersteller                         | Seriennummer                             |
| Maske              | Typ                                | Größe                                    |
| Warmluftbefeuchter | <input type="checkbox"/> notwendig | <input type="checkbox"/> nicht notwendig |
| Weiteres Zubehör   |                                    |  |

Bei o.g. Patientin/Patienten halten wir die Anwendung einer Schlafapnoe-Therapie für dringend notwendig und ausreichend indiziert. Wir bitten Sie hiermit, um die Kostenübernahme der zur Therapieanwendung erforderlichen Hilfsmittel. Zur Sicherung einer effizienten häuslichen Therapie sollte die Versorgung unbedingt mit einem dem Titrationsgerät entsprechenden Therapiegerät und -zubehör erfolgen.

E-Mail-Adresse Klinik/Arzt für Lieferrückmeldung: \_\_\_\_\_

**Leistungserbringer**

**Klinik/Arzt**

Stempel/Unterschrift