



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
Wärmluftbefeuchter	<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