

Ärztl. Verordnung einer CPAP-Therapie

Datum: _____

Patient(in)

Name, Vorname _____ Geb.Datum _____
Straße, Hausnummer _____ PLZ, Wohnort _____
Telefonnummer _____ E-Mail _____
Krankenkasse, Kassenummer _____ Versicherungsnummer _____

Diagnose:

Sehr geehrte Damen und Herren,

o.g. Patient(in) leidet unter ausgeprägten schlafbezogenen Atmungsstörungen und befand sich vom _____ bis _____ zum stationären Aufenthalt in unserem Hause. In unserem polysomnografischen Befund lassen sich während des Schlafes schwere Obstruktionen mit massiven Sauerstoffentsättigungen nachweisen, die zu einer gestörten Schlafstruktur führen. Der/die Patient(in) ist von einer deutlichen Beschwerdesymptomatik betroffen.

Diagnosedaten: AHI: _____ tiefste SaO₂: _____ %

Bei einer unbehandelten Schlaf-Apnoe ist mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko zu rechnen. Therapie der Wahl ist ein individuell angepasstes CPAP-Gerät _____ (SN _____) der Firma _____ mit einem Therapiedruck von _____ hPa. Bei Ihrem/Ihrer Versicherten konnten wir diese Therapie erfolgreich einsetzen und eine weitgehende Normalisierung von Atmung und Sauerstoffversorgung des Organismus erreichen. Subjektiv gab der/die Patient(in) bereits eine Reduzierung der Tagesmüdigkeit an. Er/Sie wurde mit der Handhabung des CPAP-Gerätes durch qualifiziertes Personal eingehend vertraut gemacht. Auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Anwendung wurde hingewiesen.

Wir bitten Sie, die Finanzierung des Gerätes und dem notwendigen Zubehör zu übernehmen und diese Verordnung umgehend zu bearbeiten, damit der/die Patient(in) schnellstmöglich versorgt wird.

Mit freundlichen Grüßen

Behandelnde(r) Ärztin/Arzt

Stempel

Anlage:
Kostenvoranschlag für ein CPAP-Gerät

Empfangsbestätigung Patient(in):

Hiermit bestätige ich den Empfang eines kompletten CPAP-Gerätes der Firma _____ mit folgenden Einzelteilen:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1 CPAP-Gerät | Serien-Nr.: _____ | <input type="checkbox"/> 12 VDC Leitung | <input type="checkbox"/> 24 VDC Leitung |
| <input type="checkbox"/> 1 Atemmaske | Typ: _____ | <input type="checkbox"/> 1 Bakterienfilter | |
| | Größe: _____ | <input type="checkbox"/> 1 O ₂ -Zuschaltventil | |
| <input type="checkbox"/> 1 Kopfhäube | Größe: _____ | <input type="checkbox"/> 1 Kopfbänderung | |
| <input type="checkbox"/> Feinfilter | <input type="checkbox"/> Grobfilter | <input type="checkbox"/> 1 Halter für Atemluftbefeuchter | |
| <input type="checkbox"/> 1 Atemluftbefeuchter* | Serien-Nr.: _____ | | |

Ich bin damit einverstanden, dass die Empfangsbestätigung und der ärztliche Bericht für den Kostenübernahmeantrag an die Lieferfirma übergeben wird.

Datum, Unterschrift Patient(in): _____

* Da der/die Patient(in) unter trockener Nasenschleimhaut, Verstopfung der Nase, Fließschnupfen bzw. sich wiederholenden Infekten im Nasen-Rachenraum leidet.