

# Ärztliche Verordnung einer Schlafapnoe-Therapie

<b>Versichertendaten</b>			
Nachname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Geb.-Datum:	<input type="text"/>	Tel-Nr.:	<input type="text"/>
Ansprechpartner:		<input type="text"/>	
E-Mail:		<input type="text"/>	
Krankenkasse:	<input type="text"/>	Vers.-Nr.:	<input type="text"/>
<p>Der/die o.g. Patient/in leidet unter ausgeprägten schlafbezogenen Atmungsstörungen und befand sich vom <input type="text"/> bis <input type="text"/> zum stationären Aufenthalt in unserem Hause. In unserem polysomnografischen Befund lassen sich während des Schlafes schwere Obstruktionen mit massiven Sauerstoffsättigungen nachweisen, die zu einer gestörten Schlafstruktur führen. Der/die Patient(in) ist von einer deutlichen Beschwerdesymptomatik betroffen. Bei einer unbehandelten Schlafapnoe ist mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko zu rechnen.</p>			
Diagnose: <input type="text"/>			
<b>Diagnose vor Therapie</b>		<b>Diagnose nach Therapie</b>	
AHI:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Tiefste SaO2:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Therapie der Wahl</b> <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> APAP			
Gerätetyp:	<input type="text"/>	Anfeuchter:	<input type="checkbox"/> ja, Stufe: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein
Maske:	<input type="text"/>	Größe:	<input type="text"/>
<b>Einstellungen</b>			
IPAP:	<input type="text"/>	EPR:	<input type="text"/>
Druck min.:	<input type="text"/>	Druck max.:	<input type="text"/>
Autostart:	<input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Aus	Rampe:	<input type="text"/> min / <input type="text"/> mbar

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. 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.

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel des verordnenden Arztes