

Ärztliche Verordnung einer Rückenlageverhinderungsweste

Versichertendaten			
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 Obstruktionen mit massiven Sauerstoffentsättigungen nachweisen, die zu einer gestörten Schlafstruktur führen. Der/die Patient(in) ist von einer deutlichen Beschwerdesymptomatik vorwiegend in Rückenlage betroffen. Bei einer unbehandelten Schlaf-Apnoe ist mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko zu rechnen.</p>			
Diagnose:	<input type="text"/>		
Diagnose vor Therapie	Diagnose nach Therapie		
AHI:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tiefste SaO2:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Therapie der Wahl			
Rückenlageverhinderungsweste FlexBlue mit Luftkanalpolster <input type="checkbox"/>			
(zugelassenes Medizinprodukt zur Behandlung der lageabhängigen obstruktiven Schlafapnoe)			
Grösse:	<input type="text"/>		

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 der Weste 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

Bitte senden Sie diese Verordnung per Fax an: **04191 / 95 88 92** oder per E-Mail an: **info@criticalcare.de**
Rückfragen unter Telefon: **04191 / 507 096-0** • Versand der Verordnung im Original bitte umgehend an:
critical care gmbh, Kirchhoffstr. 1-5, 24568 Kaltenkirchen