

# 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"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Ansprechpartner:	<input type="text"/>
Krankenkasse:	<input type="text"/>	Vers.-Nr.:	<input type="text"/>

Der/die 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. Bei einer unbehandelten Schlaf-Apnoe ist mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko zu rechnen.

**Diagnose:**

## Diagnose vor Therapie

AHI:

Tiefste SaO<sub>2</sub>:

## Diagnose nach Therapie

**Therapie der Wahl**  BiLevel  AutoBilevel  Bilevel ST  Spezialgerät (ASV, ASVauto, AcSV, autoSV)

Gerätetyp:

Anfeuchter:  ja, Stufe:   nein

Maske:

Größe:

## Einstellungen

IPAP:  / EPAP:

IPAP:  min /  max

EPAP:  min /  max

Atemfrequenz:

Anstieg:

PDIFF:  min /  max

Ti:  min /  max

I/E:  /

Du / PS:  min /  max

Trigger IN/EX:

Autostart  Ein  Aus

Rampe:  min /  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

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**