

Ärztliche Verordnung einer Schlafapnoe-Therapie

Versichertendaten

Nachname:		Vorname:	
Straße:		PLZ, Ort:	
Geb.-Datum:		Tel.-Nr.:	
E-Mail:		Ansprechpartner:	
Krankenkasse:		Vers.-Nr.:	

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 Sauerstoffsättigungen 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 SaO2:	

Diagnose nach Therapie

Therapie der Wahl ☐ CPAP ☐ APAP

Gerätetyp:		Anfeuchter:	☐ ja, Stufe: ☐ nein
Maske:		Größe:	

Einstellungen

IPAP:		EPR:	
Druck min.:		Druck max.:	
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