



Verordnung CPAP-Therapie

Fax: 0251 695730324

Krankenkasse _____ Versicherten-Nr. _____

Daten des Versicherten

Name _____ Vorname _____

Straße, Nr. _____

PLZ _____ Ort _____

Geb. Datum _____

Betriebsstätten-Nr. _____

Arzt _____

Entlassung am _____

Ansprechpartner Lieferort _____ Telefon _____

Alternative Lieferung

Adresse _____

Reha Kurzzeitpflege

Fachärztliche Diagnose

Bei der o.g. Patientin / dem o.g. Patienten wurde ein ausgeprägtes Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert, das bei einer nicht ausreichenden Behandlung zu erheblichen internistischen Folgeerkrankungen wie Hypertonus und Herzinsuffizienz führen kann. Aus diesem Grund wurde in unserem Schlaflabor mit der Anwendung einer Schlafapnoe-Therapie begonnen und die hierfür notwendigen Therapieeinstellungen titriert. Im Verlauf der Titration zeigte sich eine deutliche Besserung des Schlafapnoe-Syndroms, eine signifikante Verringerung der Apnoephasen und die Normalisierung der Sauerstoffsättigung.

Andere Diagnosen:

	vor Therapie (Diagnostiknacht)	unter Therapie (1. Einstellnacht)	unter Therapie (2. Einstellnacht)
RDI	_____	_____	_____
AHI	_____	_____	_____
min. O ₂ -Sättigung	_____	_____	_____
durchschn. O ₂ -Sättigung	_____	_____	_____

Während der Titration am _____ wurden folgende Einstellungen für eine effiziente Therapie ermittelt:

Therapiemodus	Therapiewerte	
__CPAP	CPAP _____	Frequenz _____
__Auto-CPAP	Rampe _____	Anstieg _____
__Auto-Bilevel	IPAP _____	C-Flex _____
__Bilevel-S	EPAP _____	A-Flex _____
	IPAP max _____	Bi-Flex _____
	IPAP min _____	
	T insp. _____	

Die Titration erfolgte während der hiesigen stationären Behandlung mit folgendem Gerät:

Maske und Zubehör

Gerät _____ Hersteller _____ Seriennr. _____

Maske _____ Typ _____ Größe _____

Warmluftbefeuchter notwendig nicht notwendig

Weiteres Zubehör _____

Bei o.g. Patientin / Patienten halten wir die Anwendung einer Schlafapnoe-Therapie für dringend notwendig und ausreichend indiziert. Wir bitten Sie hiermit um Übernahme der Kosten für die zur Therapieanwendung erforderlichen Hilfsmittel. Zur Sicherung einer effizienten häuslichen Therapie sollte die Versorgung unbedingt mit einem dem Titrationsgerät entsprechenden Gerät und Zubehör erfolgen.

Versorger

Westfalen Medical GmbH
Einheitsstraße 3
57076 Siegen
Tel. 0800 3335040
E-Mail: info@westfalenmedical.de
westfalenmedical.de

Klinik / Arzt

Ort, Datum _____ Stempel / Unterschrift _____