

## Verordnung einer CPAP/APAP/BiLevel/ASV-Therapie

Nachname	<input type="text"/>	Vorname	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>		
E-Mail Adresse	<input type="text"/>		
Krankenversicherung	<input type="text"/>	Vers.-Nr.	<input type="text"/>

Sehr geehrte Damen und Herren,

o.g. Patient(in) leidet unter ausgeprägten schlafbezogenen Atmungsstörungen und befand sich im Zeitraum \_\_\_\_\_ zur Behandlung in unserem Hause. Im polysomnografischen Befund lassen sich während des Schlafes schwere Ateemeinschränkungen mit massiven Sauerstoffentsättigungen nachweisen, die zu einer gestörten Schlafstruktur führen. Der/die Patient(in) ist von einer deutlichen Beschwerdesymptomatik betroffen.

**DIAGNOSE:** \_\_\_\_\_

**Diagnosedaten:** tiefste SpO<sub>2</sub>:  %      AHI:  /h      BMI:

**Therapie der Wahl ist ein individuell angepasstes**

CPAP-Gerät       APAP-Gerät       BiLevel-Gerät       ASV-Gerät       Befeuchter

nasale Maske: \_\_\_\_\_       Pillow Maske: \_\_\_\_\_       Fullface Maske: \_\_\_\_\_

**Die von uns ermittelten Einstellwerte sind:**

CPAP:  mbar      Rampe:  mbar      Zeit  min

APAP:  mbar bis  mbar      Rampe:  mbar      Zeit  min

BiLevel: Modus:       IPAP:  mbar      EPAP:  mbar      AF  min

TI:       TE:       Anstieg:  ms

ASV: EEPAP:  mbar      DU min:  mbar      DU max:  mbar

ASV Auto: EEPAP min:  mbar      EEPAP max:  mbar      DU min:  mbar      DU max:  mbar

**Ausatemerleichterung:**       ja       nein      Stufe: \_\_\_\_\_

**Eine telemedizinische Auswertung**       soll erfolgen       soll nicht erfolgen      mit:     AirView    

Bei einer unbehandelten Schlaf-Apnoe ist mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko und schweren Folgeerkrankungen zu rechnen.

Die Therapieform konnte erfolgreich eingesetzt und eine weitgehende Normalisierung von Atmung und Sauerstoffversorgung erreicht werden. Auf die Notwendigkeit einer regelmäßigen Anwendung wurde hingewiesen.

Wir bitten Sie, die Finanzierung des Gerätes und des notwendigen Zubehörs zu übernehmen und diese Verordnung umgehend zu bearbeiten, damit der Patient/die Patientin schnellstmöglich versorgt werden kann.

Unterschrift Ärztin/Arzt	Stempel Praxis/Klinik:
Datum:	Arztnummer:

Verordnung bitte per Fax an **0800 6786000** (oder 089 67805589-19) oder per Mail an **verordnung@pmt-med.de** senden.