

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Terminvereinbarung unter der
Tel.: _____
oder per Mail an: _____

Fax an:
036289211900
E-Mail an:
schlaf@vivisol.de
Vielen Dank!

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für BiLevel S/ST- und ASV-Therapie zur Vorlage bei der Krankenkasse

Erstverordnung Umverordnung ggf. medizinische Begründung!

Relevante obstruktive schlafbezogene Atmungsstörung in Verbindung mit:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Tagesschläfrigkeit | <input type="checkbox"/> schwer einstellbarer Hypertonus | <input type="checkbox"/> links-ventrikuläre Hypertonie |
| <input type="checkbox"/> gestörter Nachtschlaf | <input type="checkbox"/> KHK | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus |
| <input type="checkbox"/> erhöhtes kardiovaskuläres Risiko | <input type="checkbox"/> Z. n. zerebralem Insult | |

ICD-Nr.:

Diagnose

AHI: /h min. SpO₂: % basal SpO₂: % ODI: /h mittlere SpO₂: %

Es wurde ein ausgeprägtes Schlafapnoe-Syndrom diagnostiziert, das bei einer nicht ausreichenden Behandlung zu erheblichen internistischen Folgeerkrankungen wie Hypertonus und Herzinsuffizienz führen kann. Wir weisen zudem auf die mögliche Einschränkung der Fahrtüchtigkeit und mangelnde Leistungsfähigkeit bei der Bedienung von Maschinen durch erhöhte Unfallgefahr bei einem unbehandelten OSAS hin.

Diagnose

Geräteinstellungen

ResMed											
Modus	IPAP	EPAP	DU	Backup-F	AF	Ti min.	Ti max.	Ti	Anstiegszeit	Tgl	TgE
S	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
S/T	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Timed	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
VAuto	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ASV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Auto-ASV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Rampe	<input type="text"/>	Start EPAP	<input type="text"/>		

Löwenstein Medical Technology												
Modus	IPAP	EPAP	TRlevel	Ti/Tsoll	Trigger IN	PDIFF	EPAP min.	EPAP max.	autoF	Fmin	F	Ramp IN
S	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					<input type="text"/>		<input type="text"/>
ST	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							<input type="text"/>
T-Modus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							<input type="text"/>
AutoS			<input type="text"/>			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>
Auto S/T			<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			<input type="text"/>

AcSV	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
softStart	<input type="text"/>	softStart	<input type="text"/>								

zusätzliche Sauerstoffzufuhr l/min

Zubehör

- Atemluftbefeuchter Telemedizin
- Maske (Bezeichnung/Größe)
- FullFace Nasal
- Bei dem/der Patient/in sowie Haushaltsmitglieder, Betreuer und Bettpartner, die sich in unmittelbarer Nähe des/der Patient/in aufhalten, sind keine Geräte implantiert, die von Magneten beeinflusst werden können (z.B. Herzschrittmacher,...)

Die eingeleitete Therapie hat sich in einer Kontrollnacht als effektiv erwiesen:

AHI: /h min. SpO₂: % basal SpO₂: %

Wir bitten um rasche Kostenübernahme für die o.g. verordneten Hilfsmittel, damit ein sofortiger Therapiebeginn gewährleistet werden kann.

Verordner

Ansprechpartner Praxis/Klinik/Schlaflabor

Telefonnummer Datum / Ort

Unterschrift / Stempel / Verordner