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

VIVISOL
Home Care Services

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

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für BiLevel S/ST- und ASV-Therapie

zur Vorlage bei der Krankenkasse

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

☐ **Erstverordnung** ☐ **Umverordnung** ggf. medizinische Begründung!

Diagnose

Relevante obstruktive schlafbezogene Atmungsstörung in Verbindung mit:

☐ Tagesschläfrigkeit
☐ gestörter Nachtschlaf
☐ erhöhtes karvdiovaskuläres Risiko
☐ schwer einstellbarer Hypertonus
☐ KHK
☐ Z. n. zerebralem Insult
☐ links-ventrikuläre Hypertonie
☐ Diabetes mellitus

ICD-Nr.:

Diagnose

AHI: /h | min. SpO_2: % | basal SpO_2: % | ODI: /h | mittlere SpO_2: %

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.

Geräteeinstellungen

ResMed

Modus	IPAP	EPAP	DU	Backup-F	AF	Ti min.	Ti max.	Ti	Anstiegszeit	Tgl	TgE
S									min.		
S/T									min.		
Timed									min.		
VAuto	max.	min.									

	EPAP	EPAP min.	EPAP max.	DU min.	DU max.
ASV					
Auto-ASV					

Rampe: min. | Start EPAP:

Löwenstein Medical Technology

Modus	IPAP	EPAP	TRIlevel	TI/Tsoll	Trigger IN	PDIFF	EPAP min.	EPAP max.	autoF	Fmin	F	Ramp IN
S												
ST												
T-Modus												
AutoS												
Auto S/T												

	PDIFF norm.	PDIFF max.	EPAP min.	EPAP max.	TRIlevel	IPAP max.	autoF	F	Ti/Tsoll
AcSV									

softStart: min. | softStart: max.

☐ 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. SpO_2: % | basal SpO_2: %

Wir bitten um rasche Kostenübernahme für diie o.g. verordneten Hilfsmittel, damit ein sofotiger Therapiebeginn gewährleistet weden kann.

Verordner

Ansprechpartner Praxis/Klinik/Schlaflabor

Telefonnummer | Datum / Ort

Unterschrift / Stempel / Verordner