

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 CPAP- / APAP-Therapie zur Vorlage bei der Krankenkasse

Diagnose

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.

Therapiegerät

CPAP APAP

Hersteller _____

Atemluftbefeuchter

O₂-Zufuhr _____ l/min

Telemedizin

Geräteeinstellungen

Modus	CPAP-Druck	Auto-CPAP min.	Auto-CPAP max.	Exp. Druckabsenkung	Rampenstartdruck	Rampenzeit
CPAP	_____			_____	_____	_____
APAP		_____	_____	_____	_____	_____
Auto-Set for her		_____	_____	_____	_____	_____

Zubehör

Maske (Bezeichnung/Größe) _____ FullFace Nasal Nasenpolster

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