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

VIVISOL
SOLGROUP
Home Care Services

Terminvereinbarung unter der Tel.:
oder per Mail an:

Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung für CPAP- / APAP-Therapie

zur Vorlage bei der Krankenkasse

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

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.

Therapiegerät

☐ **CPAP** ☐ **APAP**

- ☐ Hersteller
- ☐ Atemluftbefeuchter
- ☐ O_2-Zufuhr l/min
- ☐ Telemedizin

Geräteeinstellungen

Modus	CPAP-Druck	Auto-CPAP min.	Auto-CPAP max.	Exp. Druck-absenkung	Rampen-startdruck	Rampern-zeit
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. 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