

# Verordnung einer nCPAP/APAP/BIPAP-Therapie

Patientendaten

Name, Vorname:

Straße, PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum:

Krankenkasse/Kostenträger:

Versicherungsnummer:

Diagnose:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

RDI:

\_\_\_\_\_

O2 Min:

CPAP-Druck:

CPAP-Druck:

\_\_\_\_\_

IPAP:

IPAP:

Die Patientin/der Patient leidet unter einem ausgeprägten, dringend behandlungsbedürftigen Schlaf-Apnoe-Syndrom. In der Diagnostik lassen sich während des Schlafes schwere Obstruktionen mit massiven Sauerstoffentsättigungen und Herzfrequenzfluktuationen nachweisen, die zu einer gestörten Schlafstruktur führen. Der Patient ist von einer deutlichen Beschwerdesymptomatik betroffen. Die schlafbezogene Atemstörung erhöht das Risiko zu den Erkrankungen Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, plötzlicher Herztod, Hirninfarkt, Vigilanzstörungen, Impotenz u.a. Bei einer unbehandelten Schlaf-Apnoe ist mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko zu rechnen.

( ) Durch entsprechende Behandlung mit einem Druckgenerator konnte mit kontinuierlicher positiver Druckbeatmung (nCPAP-Gerät) eine deutliche subjektive und objektiv messbare Besserung dieser Schlafatemstörung erreicht werden.

( ) Die anfangs eingeleitete Behandlung mit nCPAP musste wegen zu hohem Arbeitsdruck und Komplikationen wie Austrocknung der Nasen-/Rachenschleimhaut und/oder Erschwerung der Ausatmung beendet werden. Erst die individuelle Anpassung eines BIPAP-Gerätes führte zu einem befriedigenden Behandlungserfolg.

( ) Die konventionelle nCPAP-Behandlung führte zu keiner Besserung, da ein zentrales Schlafapnoe-Syndrom vorliegt. Erst die individuelle Anpassung eines BIPAP ST-Gerätes führte zu einem befriedigenden Behandlungserfolg.

( ) Wegen Schlafstadien- bzw. lageabhängig unterschiedlichem Druckbedarf ist ein Auto-CPAP-Gerät erforderlich.

( ) Durch Einsatz eines integrierten bzw. adaptierbaren Warmluftbefeuchters wurden aufgetretene Beschwerden, wie das Austrocknen der Nasenschleimhaut mit einhergehender chronischer Rhinitis und Sinusitis gelindert.

( ) Auf Grund einer bekannten Hausstaub-, Milben-, Pollenallergie bzw. wegen allergischer Rhinitis mit Fließschnupfen ist ein Allergikerfilter unerlässlich. Der kontinuierliche Luftstrom eines CPAP/BIPAP-Gerätes verursacht bei Allergikern verstärkt Reizungen die durch den Einsatz dieses speziellen Allergikerfilters verhindert werden.

Diese Gerätetherapie incl. Maskensystem wurde unter klinischen Bedingungen individuell angepasst und ausreichend erprobt. Diese Therapie ist nach unseren Untersuchungsbefunden effektiv; andere Behandlungsmaßnahmen sind nicht ausreichend. Um die Gesundheit des Patienten und den Therapieerfolg nicht zu gefährden, haben wir dem Patienten das u.g. angepasste Therapiesystem bereits mitgegeben. Wir beantragen die Kostenübernahme und direkte Abrechnung mit dem Gerätelieferanten, der als Fachbetrieb mit qualifiziertem Personal die technische Anwenderbetreuung gewährleistet.

Eine Einweisung und Schulung in die Handhabung des Therapiesystems ist erfolgt. Der Patient zeigt ein kooperatives Verhalten und ist bereit die Therapie, die voraussichtlich lebenslang fortgesetzt werden muss, konsequent durchzuführen. Der Patient wurde auf die allgemein notwendigen Maßnahmen (Gewichtsreduktion, Schlafhygiene sowie das Vermeiden von Nikotin, Sedativa und Alkohol) hingewiesen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Stempel Schlaflabor/Klinik, Unterschrift des Arztes

**Empfangsbestätigung des Patienten:**

Gerätename: \_\_\_\_\_

Seriennr.: \_\_\_\_\_

( ) Atemmaske: (Typ, Größe) \_\_\_\_\_

( ) Ausatemventil: \_\_\_\_\_

( ) Kopfband: \_\_\_\_\_

( ) Befeuchter integriert

( ) Befeuchter adaptiert

Name: \_\_\_\_\_

Seriennr.: \_\_\_\_\_

Der Unterzeichner erklärt hiermit, dass er die Empfangsbestätigung auf der Rückseite der Verordnung zustimmend zur Kenntnis genommen hat.

Unterschrift des Patienten: \_\_\_\_\_