

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



Leistungserbringer:
 NRI Medizintechnik GmbH
 Eversbuschstr. 194 b
 80999 München
 Tel.: 089 - 81 888 100
 Fax: 089 - 81 221 10
 E-Mail: vo@nri-med.de
 www.nri-med.de

Tel.-Nr. Patient: _____

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse/-versicherung Verordnung für schlafbezogene Atmungsstörungen

Diagnose:

▶ AHI: /h AI obstruktiv: /h AI zentral: /h ODI: /h mittlere Sättigung: % minimale Sättigung: %

- Einleitung A/CPAP:** Der Patient leidet unter einer obstruktiven Schlafapnoe. Aufgrund der Beschwerdesymptomatik/des Schweregrades der Schlafapnoe und der damit verbundenen Erhöhung des Risikos für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bzw. -ereignisse ist eine nächtliche Überdruck-Atemtherapie indiziert.
- Einleitung BiLevel:** Da der Patient den konstanten CPAP-Druck trotz Druckabsenkung nicht tolerierte, wurde die Therapie auf BiLevel S/Auto umgestellt.
- Einleitung BiLevel ST:** Der Patient leidet unter zentraler Schlafapnoe, weshalb ein Bilevel-ST Therapiemodus zur Stabilisierung der Atmung indiziert ist.
- Einleitung ASV:** Unter der längere Zeit durchgeführten CPAP-Therapie zeigte sich keine ausreichende Verbesserung der respiratorischen Ereignisse. Es traten noch viele zentrale Atmungsstörungen auf. Aus diesem Grund ist die Umstellung auf eine adaptive Servoventilation (ASV) erforderlich.
 - Die systolische Pumpfunktion des linken Ventrikels lässt den Einsatz dieser Therapie zu. (LVEF \geq 45%)
 - TECSA (Treatment-Emergent Central Sleep Apnea) / Bei prädominant obstruktiven Befund Entwicklung einer zentralen Schlafapnoe unter CPAP Therapie. (LVEF < 45% stellt keine Kontraindikation dar)

Für eine effiziente Therapie zur Verbesserung des Schlafapnoe-Syndroms und der Sauerstoffsättigung werden folgende Parameter verordnet:

Therapiemodus	Therapiewerte	Therapiewerte	Sonstige
<input type="checkbox"/> CPAP	Druck	mbar	EPR/Komfortmodus
<input type="checkbox"/> APAP	Druck min	mbar	Rampe
	Druck max	mbar	Startdruck
<input type="checkbox"/> Auto-Bilevel	IPAP	mbar	Anstiegszeit
<input type="checkbox"/> Bilevel-S	EPAP	mbar	Rampe
<input type="checkbox"/> Bilevel-ST	max IPAP	mbar	Insp.zeit: Ti min
	min IPAP	mbar	Insp.zeit: Ti max
	min EPAP	mbar	DU/PS:
	F (Backup-Atemfrequenz):	/Min	
<input type="checkbox"/> ASV	Druck: min EPAP	mbar	Min DU
	Druck: max EPAP	mbar	Max DU

Gerätetyp: _____ Maske, Typ: _____ Größe: _____

Luftbefeuchter: Ja Nein

Telemonitoring: Ja

Daher verordnen wir o. g. Überdruckatemtherapiegerät und bitten um Kostenübernahme. Ein Kostenvoranschlag bzw. eine Rechnung geht Ihnen von der Vertriebsfirma (NRI Medizintechnik GmbH) bzw. vom Patienten zu.

Sonstiges: (Bitte geben Sie hier abweichende Lieferadresse, Ansprechpartner bei Anlieferung sowie weitere Besonderheiten an.)

Die Patientin / der Patient wurde gem. § 33 i. V. m. § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V über sein Patientenwahlrecht informiert und beauftragt die Firma NRI Medizintechnik GmbH mit seiner Versorgung. Ein Kostenvoranschlag bzw. eine Rechnung geht Ihnen vom Leistungserbringer NRI Medizintechnik GmbH zu.