

Kasse		
Name / Adresse des Versicherten		
		geb. am:
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

VERORDNUNG

für medizintechnische Hilfsmittel
bei Schlafapnoesyndrom

zur Vorlage bei der Krankenkasse

Diagnose	Vertragsarztstempel <u>mit Unterschrift</u>	Ansprechpartner Patient / Angehöriger
Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) <input type="checkbox"/> Zentrales Schlafapnoe-Syndrom (ZSAS) <input type="checkbox"/>	Mischform <input type="checkbox"/>	Telefonnummer Patient / Angehöriger

Für den oben genannten Patienten ist nach eingehenden diagnostischen Maßnahmen eine Therapie mit nachfolgendem Hilfsmittel angezeigt:

- CPAP-Gerät** ohne Warmluftbefeuchter
 Hi-Mi-Gr. 14.24.20.0xxx (z.B. SleepCare One)
- CPAP-Gerät mit Warmluftbefeuchter**
 Hi-Mi-Gr. 14.24.20.1xxx (z.B. SleepCare HC 239)
- **Auto-CPAP-Gerät**
 Hi-Mi-Gr. 14.24.21.0xxx (z.B. SleepCare Auto)
- Bilevel-Gerät** ohne Warmluftbefeuchter
 Hi-Mi-Gr. 14.24.22.0xxx (z.B. SleepCare Two)
- Bilevel-Gerät mit Warmluftbefeuchter**
 Hi-Mi-Gr. 14.24.22.1xxx (z.B. SleepCare Two + Bef.)
- Bilevel- ST- Gerät** ohne Warmluftbefeuchter
 Hi-Mi-Gr. 14.24.24.0xxx (z.B. SleepCare ST)
- Bilevel- ST- Gerät mit Warmluftbefeuchter**
 Hi-Mi-Gr. 14.24.24.1xxx (z.B. SleepCare ST + Bef.)
- Warmluftbefeuchter extern**
 Hi-Mi-Gr. 14.24.17.2xxx

Maskentyp: **Maskengröße:**

Weiteres rezeptierungspflichtiges Zubehör:

Therapiewerte					
für den Patienten					
IPAP	..... mbar	iTrigger	..... mbar	Insp. Zeit	.....
EPAP	..... mbar	eTrigger	..... mbar	Exp. Zeit	.....
Rampe	..... min	Frequenz	...../min	I / E Verh.	.....
		Backupfrequenz	...../min	Flow	.....