

Krankenkasse	
Name Versicherte/r	Geb. am
Adresse	Abweichende Lieferanschrift
Kassen-Nr.	!!! Versicherten-Nr. !!!
Vertragsarzt-Nr.	Datum

# VERORDNUNG

für medizintechnische Hilfsmittel  
beim Schlafapnoesyndrom

## zur Vorlage bei der Krankenkasse

<b>Diagnosen</b>	Vertragsarztstempel & Unterschrift	Name/Tel. Verordner/Station
		Name/Tel. Patient/Angehöriger
<input type="checkbox"/> Obstruktive Schlafapnoe (OSA) <input type="checkbox"/> Mischform <input type="checkbox"/> Zentrale Schlafapnoe (ZSA)		

### Schlaftherapie / Polygraphie

Für den oben genannten Patienten ist nach eingehenden diagnostischen Maßnahmen eine Therapie mit nachfolgenden Hilfsmitteln erforderlich:

Therapiegerät Auto-CPAP (APAP)	Therapiekontrolle mittels Polygraphie	Telemedizinische Betreuung via
<input type="checkbox"/> prisma SMART max	<input type="checkbox"/> SleepDoc Porti 9	<input type="checkbox"/> prisma CLOUD*

\*siehe Einwilligungserklärung

<b>Therapie-/Einstellwerte APAP</b>	
O <sub>2</sub> -Einleitung erforderl.	_____ l/min
P / Pmin	_____ mbar
Pmax	_____ mbar
Ausatemerleichterung	Stufe _____
Rampe	_____ mbar
Rampendauer	_____ min

### CPAP-Maske:

Maskentyp	Bezeichnung	Größe
<input type="checkbox"/> Nasal-Maske		
<input type="checkbox"/> Nasenpolstermaske		
<input type="checkbox"/> FullFace-Maske		

### Weiteres Zubehör:

Atemluftbefeuchter prisma SMART max	Beheizbarer Atemschlauch prisma SMART max	Filter prisma SMART max	Gurte Gr. S/M/L Porti 9	Sonstiges
<input type="checkbox"/> prismaAQUA	<input type="checkbox"/> HYBERNITE Superday Ø 22 mm	<input type="checkbox"/> Feinstaub- / Pollenfilter	<input type="checkbox"/> Tragegurt Thorax Gr. _____ <input type="checkbox"/> Adomengurt Gr. _____	<input type="checkbox"/> _____ _____ _____

### Anmerkungen:

---



---



---