

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

VERORDNUNG

für medizintechnische Hilfsmittel bei Schlafapnoesyndrom

zur Vorlage bei der Krankenkasse

* unbedingt angeben

<p>Diagnose</p> <p style="text-align: right;">Vertragsarztstempel <u>mit Unterschrift</u></p> <p><input type="checkbox"/> Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom (OSAS) <input type="checkbox"/> Mischform</p> <p><input type="checkbox"/> Zentrales Schlafapnoe-Syndrom (ZSAS)</p>	<p>Ansprechpartner Patient / Angehöriger</p> <hr/> <p>Telefonnummer Patient / Angehöriger</p> <p style="text-align: center;">Datum</p>
--	---

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

<p><input type="checkbox"/> CPAP Gerät</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Prisma 20C</p> <p><input type="checkbox"/> BiLevel-S Gerät</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> SleepCube BiLevel S</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Prisma 25S</p> <p><input type="checkbox"/> Cheyne-Stokes</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> PrismaCR</p> <p><input type="checkbox"/> Zubehör</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> FullFacemaske <input type="checkbox"/> Nasalmaske Bezeichnung: _____ Größe: _____</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Warmluftbefeuchter <input type="checkbox"/> SD-Karte erforderlich</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> O2-Einleitung erforderlich mit ___ l/min.</p>	<p><input type="checkbox"/> Auto-CPAP Gerät (APAP)</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> SleepCube AutoPlus <input type="checkbox"/> AirSense 10 AutoSet</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Prisma 20A</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> SOMNObalance</p> <p><input type="checkbox"/> BiLevel-ST Gerät</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> SleepCube BiLevel ST <input type="checkbox"/> AirCurve 10 ST</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Prisma 25ST</p>
---	---

Weiteres verschreibungspflichtiges Zubehör z.B. Schlauchheizung, Allergiefilter o. Ä.

Therapiewerte für den Patienten		
<p><input type="checkbox"/> CPAP/ APAP</p> <p>P/ Pmin _____ mbar</p> <p>Pmax _____ mbar</p> <p>Ausatemerl. Stufe _____</p> <p>Rampe _____ mbar</p> <p>Rampendauer _____ min.</p>	<p><input type="checkbox"/> BiLevel/ ST</p> <p>IPAP min/max ___/___ mbar</p> <p>EPAP min/max ___/___ mbar</p> <p>Rampe _____ mbar</p> <p>Rampendauer _____ min.</p> <p>Insp. Zeit _____ sek.</p> <p>Trigger_{insp} _____ mbar</p> <p>Trigger_{exp} _____ mbar</p> <p>Exsp. Zeit _____ sek.</p> <p>I/E Verhältnis _____</p> <p>Druckanstieg _____</p> <p>Frequenz: _____ /min.</p>	<p><input type="checkbox"/> CR/ ASV</p> <p>EELP/ EPAP/CPAP _____ mbar</p> <p>EELP auto <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein</p> <p>EPAP_{min/max} ___/___ mbar</p> <p>PS_{min/max} ___/___ mbar</p> <p>Frequenz _____ /min.</p> <p>Frequenz auto <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein</p>

Sauerstofftherapie



Konzentratoren, stationär + mobil
 Füllstationen, FlüssigO₂

Beatmung mit COPD-Modi



prisma VENT30/40/50-C
 LUISA von LöwensteinMedical
 Trilogy EVO
 von Philips Respicronics
 Astral ISO/Stellar ISO
 von ResMed

Sekretolyse



VibraVest/AffloVest
 Die hochfrequente Vibrations-Weste
Cough Assist E70
 Hustenassistent mit Vibrationsmodus
 von Philips Respicronics

Inhalation



Membran-Vernebler, Ultraschallvernebler,
 Vernebler mit Schall-Vibration insbesondere
 für Nasennebenhöhlenentzündung

Schlafapnoe



CPAP/autoCPAP/
 BiLevel/BiLevel ST/Cheyne Stokes

Monitoring



Pulsoxymetrie, Kapnographie,
 SISS Babycontrol
 Blutdruckmessung

Atemtherapiegeräte



GeloMuc / Flutter / Quake /
 Cornet / Cornet Plus / Acapella /
 RespiPro / PowerBreathe medic



Alpha 300
 IPPB Atemtherapie
 mit Inhalation

**Thromboseprophylaxe
 Apparative Kompressions-
 therapie IPK/AIK**



SCD System, AV-Impulse, Doctus
 mit Hand- Bein- oder Fuß-
 manschette

**Chronische Wunden/
 Diabetisches Fußsyndrom**



Wundheilung mit Sauerstoff
 O₂-TopiCare Wundsystem

Datenschutzhinweis:

Im Rahmen Ihrer Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Firmen der OxyCare Medical Group, Hauptsitz Bremen, erheben, verarbeiten und nutzen wir, die Unternehmen der OxyCare Medical Group, die mit Ihrer Versorgung im Zusammenhang stehenden personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich, neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person, insbesondere auch um Informationen über Ihre Gesundheit, die als „personenbezogene Daten besonderer Art“ nach dem Bundesdatenschutzgesetz besonderem Schutz unterliegen. Im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung übermitteln wir Ihre Daten ggf. auch an Ihre Krankenversicherung, soweit diese die Daten für die Abrechnung mit Ihnen oder mit uns benötigt.

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen des vorstehend beschriebenen Umfangs und für die genannten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen und insbesondere mit Ausnahme Ihrer Krankenversicherung und den vorstehend genannten Unternehmen, nicht an Dritte übermitteln.

Die Unternehmen der „OxyCare Medical Group“ verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der DSGVO, des BDSG n.F. sowie weiteren maßgeblichen Rechtsvorschriften. Eine Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten findet u.a. im Zusammenhang mit der Auftrags- bzw. Vertragsbearbeitung statt. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung ist in Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO normiert. Darüber hinaus werden Ihre personenbezogenen Daten auch aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen verarbeitet (Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO). § 147 Abs. 1 Nr. 2-4, Abs. 3 AO normiert eine Aufbewahrungspflicht für die steuerlichen Belange. Handels- bzw. Geschäftsbriefe wie Eingangs- und Ausgangsrechnungen, Lieferscheine, Kostenvoranschläge und Verträge dürfen bereits von Gesetzes wegen innerhalb der maßgeblichen Frist (10 Jahre) nicht gelöscht werden. Bei von einem Unternehmer versandten Lieferscheinen endet die Aufbewahrungsfrist jedoch mit dem Versand der Rechnung, wenn die Rechnung alle Infos enthält, die ansonsten im Lieferschein enthalten sind.“