

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

# VERORDNUNG

für medizinische Hilfsmittel  
beim Schlafapnoesyndrom  
**- Entlassungsrelevante Hilfsmittel -**  
zur Vorlage bei der Krankenkasse

| Diagnosen                                                                                                                                                             | Vertragsarztstempel & Unterschrift | Name/Tel. Verordner/Station   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Obstruktive Schlafapnoe (OSA) <input type="checkbox"/> Mischform<br><input type="checkbox"/> Zentrale Schlafapnoe (ZSA)    AHI ____ RDI ____ |                                    | Name/Tel. Patient/Angehöriger |

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

## Therapiegerät

| CPAP / Auto-CPAP (APAP)                                                                                                                                                         | BiLevel S / ST                                                                                                                              | Cheyne-Stokes / Adaptive Servoventilator                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> prisma SMART max<br><input type="checkbox"/> AirSense 10 AutoSet<br><input type="checkbox"/> AirSense 11 AutoSet<br><input type="checkbox"/> Néo AUTO+ | <input type="checkbox"/> Prisma 25ST<br><input type="checkbox"/> AirCurve 11 ST<br><input type="checkbox"/> OXYvent Cube 30 ATV             | <input type="checkbox"/> prisma CR<br><input type="checkbox"/> AirCurve 11 ASV PaceWave |
| <b>Telemedizinische Betreuung</b>                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> prisma CLOUD (Löwenstein Medical) <input type="checkbox"/> AirView (ResMed) <input type="checkbox"/> SEFAM Connect |                                                                                         |

## Einstellwerte

| CPAP / APAP            | BiLevel S / ST                | CR / ASV                                                                |
|------------------------|-------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| P / Pmin ____ mbar     | IPAP min/max ____ / ____ mbar | EEP / EPAP / CPAP ____ mbar                                             |
| Pmax ____ mbar         | EPAP min/max ____ / ____ mbar | EEPAP auto <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein    |
| Ausatemerl. Stufe ____ | Rampe ____ mbar               | EPAP min/max ____ / ____ mbar                                           |
| Rampe ____ mbar        | Rampendauer ____ min          | PS min/max ____ / ____ mbar                                             |
| Rampendauer ____ min   | Insp. Zeit ____ sek.          | Frequenz ____ min                                                       |
|                        | Trigger Insp ____ mbar        | Frequenz auto <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |
|                        | Trigger Exsp ____ mbar        |                                                                         |
|                        | Exsp. Zeit ____ sek.          |                                                                         |
|                        | I/E Verhältnis ____           |                                                                         |
|                        | Druckanstieg ____             |                                                                         |
|                        | Frequenz ____ /min            |                                                                         |

## Zubehör - Maske:

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

## Weiteres Zubehör:

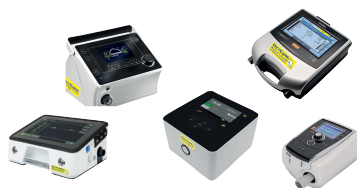
| Warmluft-befeuchter                   | Sonstiges |
|---------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Erforderlich |           |
|                                       |           |
|                                       |           |
|                                       |           |

## Sauerstofftherapie



Konzentratoren, stationär + mobil  
Füllstationen, FlüssigO2

## Beatmung



prisma VENT30/40/50-C & LUISA  
von Löwenstein Medical  
OXYvent Cube 30 ATV  
Stellar 150 / Astral 150  
von ResMed

## Sekretolyse



**VibraVest**  
Die hochfrequente Vibrations-Weste,  
**Comfort Cough II** Hustenassistent  
optional mit HFCWO

## Inhalation



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

## Schlaf



CPAP/autoCPAP/  
BiLevel/BiLevel ST/Cheyne Stokes

## Monitoring



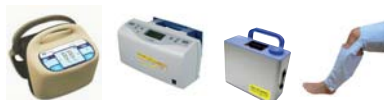
Pulsoxymetrie, Kapnographie,  
SISS Babycontrol  
Blutdruckmessung

## Atemtherapiegeräte



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

## 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.“