

**PATIENT**

Vorname / Name (M/W): .....	Beruf: .....
Geburtsdatum : .....	E-mail : .....
Adresse: .....	AHV-Nr: .....
PLZ / Ort (Kanton) : .....	Krankenkasse: .....
Telefon / Natel: .....	Mitglied-Nr: .....

**HAUPTDIAGNOSE**

20	Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen)	50	Kardiale Krankheiten (Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)
30	Neuromuskuläre Krankheiten	90	Andere :

**DIAGNOSE**

Datum: .....

Index: AHI: .....

ODI : .....

**VERORDNUNG GERÄT UND ZUBEHÖR**

Leistung als: **Miete (Kauf nach frühesten 12 Monate möglich)**

CPAP Modell: ..... Serien-Nr: .....

Druck min / max: ..... cm H<sub>2</sub>O

Befeuchter: ..... Serien-Nr: .....

Schlauch: .....

Maske: .....

Beginn der Therapie: ..... 1. Jahreskontrolle: ..... dann alle 12 Monate

**ANORDNUNG FÜR ERFOLGSÜBERWACHUNG**

Erfolgsüberwachung nach 1 bis 3 Monaten bzw. einmal pro Jahr ab dem 2. Jahr  
(Aufbereiten Compiancedaten, Bericht an Arzt)

Ja       Nein

**LEISTUNGSERBRINGER**

Firma :	Sleep & Health AG Route du Châtelet 8 1723 Marly (FR)	www.sleep-health.ch secretariat@sleep-health.ch FAX N° 026 429 26 27 Q 0647.10 CHE-110.356.249 7601003312324	Medizinischer Berater: .....
Identifizierung :	RCC santésuisse IDE (TVA) GLN (EAN)		

**VERORDNENDER PNEUMOLOGE**

Pneumologe oder Zentrum für Schlafmedizin : Dr. ....

Stempel & Unterschrift

Datum : .....