

Mit dem Schlafapnoe-Atemtherapiegerät in das Krankenhaus

Wichtige Information des Atemtherapiepatienten an das med. Personal im Krankenhaus
Information für die behandelnden Ärzte zum erforderlichen Einsatz des Atemtherapiegerätes.

Sehr geehrtes medizinisches Personal.

Ich habe eine diagnostizierte schlafbezogene Atemstörung und muss mein ins Krankenhaus eingebrachtes Schlafapnoe-Atemtherapiegerät nach DIN EN ISO 17510-1 regelmäßig bei stationärer Behandlung und besonders nach einer OP mit Narkose anwenden.

Sollte ich aus medizinischen Gründen nicht in der Lage sein mein Gerät zu bedienen, erwarte ich hierbei Unterstützung durch Sie. In diesem Falle, ist auch die Reinigung von Masken, Schläuchen und der Wasserwechsel im Anfeuchter durch Sie erforderlich.

Name, Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum des Patienten: _____

Anschrift des Patienten: _____

Angehörige / Tel.Nr. des Patienten: _____

Gerätetyp (z.B. CPAP, bi-level) : _____ **Modus :** _____

Hersteller : _____ **Seriennummer :** _____

Therapiedruck: _____ **m/bar / hPa**

Datum / Bescheinigung der letzten sicherheitstechnischen Kontrolle : _____

Lieferant / Leistungserbringer : _____

Anschrift des Lieferanten: _____

Bitte beachten Sie den erhöhten Überwachungsbedarf, durch die schlafbezogene Atmungsstörung: Bei der Verabreichung von den Muskeltonus beeinflussenden und/oder die Bewusstseinslage einschränken Medikamenten besteht, ohne Anwendung eines/meines Atemtherapiegerätes, ein hohes Risiko für mich einen gesundheitlichen Schaden zu erleiden. Zum Beispiel können die für das Verhindern der Obstruktion erforderlichen Drücke, nach der Verabreichung der entsprechenden Medikamente, höher als die im Schlaflabor ermittelten Werte sein. Zusätzlich sind respiratorische Pausen (z.B. zentrale Apnoe-Phasen) durch Medikamente oder die akut behandelte Erkrankung möglich.

Unterschrift des Patienten:

Hiermit bestätige ich, darüber informiert worden zu sein, dass o. g. Patient nach der OP mit Narkose und/oder bei stationärer Behandlung während des Schlafes das Atemtherapie-Gerät und die Maske angelegt bekommen / genutzt werden muss.

Behandelnder Arzt / Stationsarzt : _____

Anästhesist : _____ **Stationsschwester/Pfleger:** _____

Datum: _____ **Unterschriften:** _____

4-fache Ausfertigung:

1. Kopie für die Krankenakte (aufnehmender Arzt),
2. Kopie für die Anästhesie
3. Kopie für das Patientenzimmer zur Einsicht für das Pflegepersonal (Pflegeanamnese)
4. Kopie für den Patienten