



ResMed | Healthcare

Patientenpass

Patient card

Inhalt

Content

Patientenangaben	5
<i>Patient details</i>	

Bescheinigung medizinischer Notwendigkeit	6 – 7
<i>Confirmation of medical necessity</i>	

Konfiguration Therapiesystem	8 – 9
<i>Configuration of therapy system</i>	

 CPAP	
THERAPIEVERLAUF / THERAPY TREND	10 – 11

 APAP	
THERAPIEVERLAUF / THERAPY TREND	12 – 13

 BiLevel Auto/S/ST	
THERAPIEVERLAUF / THERAPY TREND	14 – 17

 ASV/ASVAuto	
THERAPIEVERLAUF / THERAPY TREND	18 – 19

Patientenangaben

Patient details

Name

Last Name _____

Vorname

First Name _____

Geburtsdatum

Date of birth _____

Anschrift

Address _____

Telefon

Phone _____

Therapiegerät

Therapy device _____

Typ

Type _____

Seriennummer

Serial number _____

Bescheinigung medizinischer Notwendigkeit

Hiermit wird bestätigt, dass dieses Gerät ein ärztlich verordnetes, medizinisches Schlafapnoetherapiegerät ist. Der Besitzer benötigt das Gerät und das Zubehör zur Behandlung seiner schlafbezogenen Atmungsstörung bzw. respiratorischen Insuffizienz. Die Überdrucktherapie wird während der gesamten Schlafdauer angewendet. Auch während einer prä- und postoperativen Sedierung, einer Sedierung im Rahmen einer intensivmedizinischen Behandlung oder einer Bewusstlosigkeit nach einem Unfall sollte die Atmung ständig überwacht und mit den eingestellten Druckwerten therapiert werden.

Confirmation of medical necessity

This document confirms that this unit is a medical respiratory therapy device prescribed by a physician. The owner needs the device and its accessories to treat their sleep-related respiratory disorders or respiratory failure. The positive pressure therapy is used during the whole time the patient is asleep. Even during pre- and post-operative sedation, sedation during an intensive medical treatment or if the patient is unconscious as a result of an accident, their breathing should be monitored constantly and treated with the set pressure values.

Behandelnder Arzt
Attending physician

Datum, Unterschrift, Stempel
Date, signature, stamp

Konfiguration Therapiesystem

Configuration of therapy system

Therapiemodus

Treatment mode

- | | | |
|---|------------------------------------|---------------------------------------|
| ☐ CPAP | ☐ APAP | ☐ APAP for Her |
| ☐ BiLevel S | ☐ BiLevel T | ☐ BiLevel ST |
| ☐ Auto BiLevel (VAuto) | | |
| ☐ ASV | ☐ ASVAuto | |

Befeuchter

Humidifier

Serien-Nr. Befeuchter

Serial No. Humidifier

Maskentyp

Mask type

Maskengröße

Mask size

Antibakterieller Filter

Antibacterial filter

☐ ja /yes

☐ nein /no

Schlauchtyp

Tube type

- | | |
|--|---|
| ☐ Standard | ☐ SlimLine |
| ☐ ClimateLine | ☐ ClimateLineAir |
| ☐ ClimateLine MAX | ☐ ClimateLineAir MAX Oxy |
| ☐ ClimateLine MAX Oxy | |

Therapiebeginn

Start of treatment

Schlauchlänge

Length of tube

Bemerkungen

Notes



Typ

Type

Seriennummer

Serial number

	<u>1</u>	<u>2</u>
Datum Date	/ /	/ /
CPAP-Druck (hPa) CPAP pressure		
EPR-Stufe EPR setting		
Nächste Kontrolle Next follow-up	/ /	/ /

	<u>6</u>	<u>7</u>
Datum Date	/ /	/ /
CPAP-Druck (hPa) CPAP pressure		
EPR-Stufe EPR setting		
Nächste Kontrolle Next follow-up	/ /	/ /

	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Datum Date	/ /	/ /	/ /
CPAP-Druck (hPa) CPAP pressure			
EPR-Stufe EPR setting			
Nächste Kontrolle Next follow-up	/ /	/ /	/ /

	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>
Datum Date	/ /	/ /	/ /
CPAP-Druck (hPa) CPAP pressure			
EPR-Stufe EPR setting			
Nächste Kontrolle Next follow-up	/ /	/ /	/ /

1 **2**

Datum <i>Date</i>	/ /	/ /
Minimaldruck (hPa) <i>Minimum pressure</i>		
Maximaldruck (hPa) <i>Maximum pressure</i>		
Reaktion (Standard / Sanft) <i>Response (Standard / Soft)</i>		
EPR-Stufe <i>EPR setting</i>		
Nächste Kontrolle <i>Next follow-up</i>	/ /	/ /

6 **7**

Datum <i>Date</i>	/ /	/ /
Minimaldruck (hPa) <i>Minimum pressure</i>		
Maximaldruck (hPa) <i>Maximum pressure</i>		
Reaktion (Standard / Sanft) <i>Response (Standard / Soft)</i>		
EPR-Stufe <i>EPR setting</i>		
Nächste Kontrolle <i>Next follow-up</i>	/ /	/ /

3 **4** **5**

/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /

8 **9** **10**

/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /

BiLevel Auto/S/ST

THERAPIEVERLAUF / THERAPY TREND

Typ _____
Type _____
Seriennummer _____
Serial number _____

	1	2	3	4	5
Datum Date	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
IPAP / Max. IPAP (hPa)*					
EPAP / Min. EPAP (hPa)*					
Druckunterstützung (hPa)* Pressure support					
Inspirationszeit Inspiration time					
IPAP Min. / Ti Min.(s)					
IPAP Max. / Ti Max.(s)					
Atemfrequenz (bpm) Respiratory rate					
Druckanstiegszeit (ms) Rise time					
Nächste Kontrolle Next follow-up	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Sensitivität Sensitivity					
Trigger Expiration (= Cycle)					
Trigger Inspiration					

* VAuto Modus: max. IPAP / min. EPAP und Druckunterstützung / max. IPAP / min. EPAP and pressure support

BiLevel Auto/S/ST

THERAPIEVERLAUF / THERAPY TREND

Typ _____
Type _____
Seriennummer _____
Serial number _____

	6	7	8	9	10
Datum Date	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
IPAP / Max. IPAP (hPa)*					
EPAP / Min. EPAP (hPa)*					
Druckunterstützung (hPa)* Pressure support					
Inspirationszeit Inspiration time					
IPAP Min. / Ti Min.(s)					
IPAP Max. / Ti Max.(s)					
Atemfrequenz (bpm) Respiratory rate					
Druckanstiegszeit (ms) Rise time					
Nächste Kontrolle Next follow-up	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Sensitivität Sensitivity					
Trigger Expiration (= Cycle)					
Trigger Inspiration					

* VAuto Modus: max. IPAP / min. EPAP und Druckunterstützung / max. IPAP / min. EPAP and pressure support

ASV/ASVAuto

THERAPIEVERLAUF / THERAPY TREND

Typ _____
Type _____
Seriennummer _____
Serial number _____

	1	2
Datum Date	/ /	/ /
EEP / EPAP / CPAP (hPa)		
EPAP Min.		
EPAP Max.		
Min.PS / Min.DU (hPa)		
Max.PS / Max.DU (hPa)		
Nächste Kontrolle Next follow-up	/ /	/ /

	3	4	5
/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /

	6	7
Datum Date	/ /	/ /
EEP / EPAP / CPAP (hPa)		
EPAP Min.		
EPAP Max.		
Min.PS / Min.DU (hPa)		
Max.PS / Max.DU (hPa)		
Nächste Kontrolle Next follow-up	/ /	/ /

	8	9	10
/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /

ResMed GmbH & Co. KG

Mahatma-Gandhi-Platz 3
81248 München
DEUTSCHLAND

E-Mail reception@resmed.de

Kostenfreie Servicenummer:

Toll-free service hotline:

+49 (0)800 2777000

Kostenfreie Faxnummer:

Toll-free fax number:

+49 (0)800 2770600

Ihr Servicepartner vor Ort Your local service partner

