



Patientenpass

Patient card

Inhalt

Content

Patientenangaben 5
Patient details

Bescheinigung medizinischer
Notwendigkeit 6 – 7
Confirmation of medical necessity

Konfiguration Therapiesystem 8 – 9
Configuration of therapy system

 **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 ver-ordnetes, 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 post-operativen 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

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

3 4 5
/ / / / / /

/ / / / / /

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

8 9 10
/ / / / / /

/ / / / / /



	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
Datum Date	<u> / / </u>	<u> / / </u>	<u> / / </u>	<u> / / </u>	<u> / / </u>
Minimaldruck (hPa) Minimum pressure					
Maximaldruck (hPa) Maximum pressure					
Reaktion (Standard / Sanft) Response (Standard / Soft)					
EPR-Stufe EPR setting					
Nächste Kontrolle Next follow-up	<u> / / </u>	<u> / / </u>	<u> / / </u>	<u> / / </u>	<u> / / </u>
	<u>6</u>	<u>7</u>	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>
Datum Date	<u> / / </u>	<u> / / </u>	<u> / / </u>	<u> / / </u>	<u> / / </u>
Minimaldruck (hPa) Minimum pressure					
Maximaldruck (hPa) Maximum pressure					
Reaktion (Standard / Sanft) Response (Standard / Soft)					
EPR-Stufe EPR setting					
Nächste Kontrolle Next follow-up	<u> / / </u>	<u> / / </u>	<u> / / </u>	<u> / / </u>	<u> / / </u>

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					
TriggerExpiration (= Cycle)					
TriggerInspiration					

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

BiLevel Auto/S/ST

THERAPIEVERLAUF / THERAPY TREND

Typ _____
 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 _____

	<u>1</u>	<u>2</u>
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	// //	// //

	<u>6</u>	<u>7</u>
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	// //	// //

	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>
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	// //	// //	// //

	<u>8</u>	<u>9</u>	<u>10</u>
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	// //	// //	// //

ResMed GmbH & Co. KG

Mahatma-Gandhi-Platz 3
81248 München
DEUTSCHLAND

E-Mail kontakt@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

