

Formular zum Ausdrucken

(Bitte dreifach ausdrucken)

Mit dem Behandlungsgerät ins Krankenhaus

Information zu Händen des behandelnden Arztes zum erforderlichen Einsatz des Beatmungsgeräts.

Name des Patienten: _____

Adresse: _____

Als Patient mit diagnostizierter Schlafapnoe muss ich bei stationärer Behandlung und nach einer OP mit Narkose mittels meines * _____-Gerätes und Maske beim Schlafen mit Überdruck beatmet werden.

* einsetzen z.B. nCPAP, AutoCPAP, BiLevel

Mein Beatmungsdruck beträgt _____ Millibar Wassersäule.

Streichen oder einsetzen: Ich habe mein persönliches Gerät Marke _____

Fabriknummer _____ mit korrekt eingestelltem Druck hier dabei.

Unterschrift des Patienten: _____

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

Behandelnder Anästhesist: _____

Stationsarzt oder Abteilungsarzt: _____

Stationspfleger/Pflegerin: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Ausfertigungen:

1. für den Patienten
2. für den Beistelltisch am Krankenbett zur Einsicht für das Pflegepersonal
3. für den Anästhesisten