

## Kassenantragsformular

**Unterkiefer-Protrusionsschiene (SomnoGuard® SPX) zur Vermeidung nächtlichen Schnarchens bei leichter/ mittelschwerer Atemstörung infolge obstruktiver Schlafapnoe.**

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben am \_\_\_\_\_ Frau/ Herrn \_\_\_\_\_

wohnhaft in \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ KV-Nr.: \_\_\_\_\_

eine vorgefertigte Unterkiefer-Protrusionsschiene SomnoGuard® SPX zur Vorverlagerung des Unterkiefers angepasst.

### **Ärztliche Begründung:**

bei Frau/ Herrn \_\_\_\_\_ besteht ein leicht-/ mittelgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom. Die Polygraphie/ Polysomnographie zeigte \_\_\_\_\_ Apnoen und \_\_\_\_\_ Hypopnoen pro Stunde an, der AHI beträgt somit \_\_\_\_\_. Außerdem wurde eine Sauerstoffentsättigung festgestellt. Der SpO<sub>2</sub>-Wert beträgt \_\_\_\_\_. Wir haben der Patientin/ dem Patienten deshalb ein mechanisches Hilfsmittel zur Vermeidung der Atemaussetzer im Schlaf und des Schnarchens durch dezente Vorverlagerung des Unterkiefers angepasst. Wir empfehlen die dauerhafte Verwendung dieses Hilfsmittels, da bei der Patientin/ dem Patienten dadurch eine Versorgung mit einem nCPAP-Gerät (Anschaffungskosten min. ca. 1.500,00 € plus Folgekosten) voraussichtlich vermieden werden kann. Wir bitten Sie, die Anschaffungskosten von 149,90 € für das Hilfsmittel zu übernehmen.

Bei Rückfragen stehen wir gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Arztes

### **Empfangsbestätigung:**

Ich bestätige, das Hilfsmittel erhalten zu haben.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift des Patienten/ der Patientin