

Kassenantragsformular

(Entwurf)

Unterkiefer-Protrusionsschiene zur Behandlung des leichten/ mittelschweren obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms.

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir haben am _____ Frau/ Herr _____

wohnhaft in _____

Krankenkasse: _____ KV-Nr.: _____

die thermoplastische Unterkiefer-Protrusionsschiene _____ zur Vorverlagerung des Unterkiefers angepasst.

Ärztliche Begründung:

Bei Frau/ Herr _____ besteht ein leicht-/ mittelgradiges obstruktives Schlafapnoe-Syndrom. Die Polygraphie/ Polysomnographie zeigte _____ Apnoen und _____ Hypopnoen pro Stunde an – der AHI beträgt somit _____. Außerdem wurden Sauerstoffsättigungen festgestellt. Der niedrigste SpO₂-Wert beträgt _____ (Kopie des Befundes anbei). Wir haben der Patientin/ dem Patienten deshalb ein Hilfsmittel zur Vermeidung der Atemaussetzer im Schlaf durch dezente Vorverlagerung des Unterkiefers angepasst. Der Einsatz einer Unterkiefer-Protrusionsschiene eignet sich zur Behandlung der leicht- bis mittelgradigen obstruktiven Schlafapnoe bei Erwachsenen sowie bei CPAP-Intoleranz¹. Die Wirksamkeit der Unterkiefer-Protrusionsschienen wurde mehrfach wissenschaftlich bewiesen.

Wir bitten Sie, die Anschaffungs- und Anpassungskosten i.H.v. _____ Euro für das Hilfsmittel aus medizinischen Gründen 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 der Patientin/ des Patienten