

Checkliste: Indikation Hypoglossusschrittmacher

Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

- Kein signifikantes Übergewicht (BMI < 35 kg/m²)
- Patient ist älter als 18 Jahre
- PSG (ohne CPAP-Maske) in den letzten 2 Jahren? Datum: _____
Ist das PSG älter als 3 Jahre, bitte ein neues PSG zuerst **ohne** und im Anschluss **mit** CPAP-Maske veranlassen!
- AHI 15-65 / h Wert: _____ / h zentraler Anteil ≤ 25%
- CPAP – Therapie wird nicht toleriert:
- Schlafstörungen durch die Maske
 - organische / anatomische Faktoren
 - ständiges Entfernen der Maske im Schlaf
 - Komplikationen durch CPAP-Therapie
 - Nutzung < 4 h / Nacht
 - Andere: _____
- _____

Hinweise:

Wird die CPAP-Therapie regelmäßig genutzt und wird subjektiv und objektiv (PSG) eine Besserung der Symptomatik erreicht, ist die Implantation eines Hypoglossusschrittmachers nicht indiziert.

Bitte zur Vorstellung in unserer Klinik das OSAS-Gerät (oder nur den Chip) zum Auslesen mitbringen.