



Ärztliche Verordnung. Clusterkopfschmerztherapie.

Kontakt
Fax: 050.4273.2260
Tel.: 050.4273.2200

Dient als Vorlage bei der Krankenkasse!

Erstversorgung

Weiterversorgung

Patientendaten:

Vor- u. Zuname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Bei der o.g. Patientin/dem o.g. Patienten besteht die Indikation zur Clusterkopfschmerztherapie gemäß den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie und der EFNS.

Diagnose: _____

Krankenkasse: _____

Tel. Nr.: _____

Vers. Nr./Geb. Datum: _____

Versorgungsdatum: _____

Clusterkopfschmerztherapie bestehend aus:

- 10-l-Flasche mit medizinischem Sauerstoff für die stationäre Behandlung mit integriertem Ventil inkl. Flaschenwagen
- 2-l-Flasche mit medizinischem Sauerstoff für die mobile Behandlung mit integriertem Ventil
- Tragetasche
- 2 Stück Sauerstoffmasken ohne Rückatmung

Empfohlener Sauerstoffbedarf: _____ l/min.

Verordnungen sind ärztliche Dokumente und dürfen durch unsere Mitarbeiter nicht verändert und/oder ergänzt werden. Wir sind daher angehalten, fehlende Angaben vom Arzt anzufordern. Wir bitten um Kostenübernahme für o.a. verordnetes Arzneimittel. Zulassungsnummer: 1-26092.

Ansprechpartner: _____

Tel. Nr. (der Abteilung): _____

Datum, Unterschrift: _____

Stempel:

Mit freundlicher Unterstützung durch

Linde Gas GmbH
Linde Healthcare, Modecenterstraße 17, Objekt 2/1. OG, 1110 Wien
www.ichatmelinde.at, healthcare.at@linde.com