

Ärztliche Verordnung Schlaftherapie – AirCurve 11 ASV PaceWave

Dient als Vorlage bei der Krankenkasse!



- ☐ Erstverordnung ☐ Weiterverordnung ☐ Maskenumverordnung
☐ Einstellungsänderung (☐ Bereits vom Schlaflabor durchgeführt ☐ Soll von Linde durchgeführt werden)

Kontakt

Fax: 050 4273 2260, Tel.: 050 4273 2200
DaMe Code: ME411709

Patientendaten

Vor- u. Zuname: _____ Krankenkasse: _____
Straße: _____ Vers. Nr. / Geb. Datum: _____
PLZ/Ort: _____ Entlassungsdatum: _____
Tel. Nr.: _____ Angehörige/r (Name, Tel.Nr.): _____

Indikationsdiagnose: _____ AHI: _____

- ☐ Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff

Modus

- ☐ ASV ☐ ASVAuto

Seriennummer: _____ Bemerkungen: _____

Therapieeinstellungen

ASV

EPAP: _____ 4–15 cm H₂O
DU min: _____ 0–6 cm H₂O
DU max: _____ 5–20 cm H₂O

ASVAuto

EPAP min: _____ 4–15 cm H₂O
EPAP max: _____ EPAP min–15 cm H₂O
DU min: _____ 0–6 cm H₂O
DU max: _____ 5–20 cm H₂O

Komforteinstellungen

Start-EPAP bei Rampe: _____ 4-EPAP cm H₂O
SmartStart: ☐ ein ☐ aus
SmartStop: ☐ ein ☐ aus

Rampe: _____
☐ aus
Rampendauer: _____ 5–45 Minuten

Zubehör

☐ Maske
Typ / Größe: _____
☐ Maske wurde dem Patienten übergeben

☐ Warmluftbefeuchter (Bef. niveau: _____ Stufe 1–8)
☐ Schlauchheizung ClimateLineAir

Patient

Hiermit bestätige ich den Erhalt des o. g. Gerätes inkl. Zubehör sowie die Einweisung in dieses.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Verordner

Ansprechpartner: _____

Tel. Nr. (der Abteilung): _____

Datum, Unterschrift: _____

Stempel

Linde Gas GmbH

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