

Ärztliche Verordnung Schlaftherapie – AirCurve 11 BPAP

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

☐ VAuto ☐ S ☐ ST ☐ T

Seriennummer: _____ Bemerkungen: _____

Therapieeinstellungen

VAuto

IPAP max: _____ 4–25 cm H₂O
EPAP min: _____ 4–25 cm H₂O
DU: _____ 0–10 cm H₂O
TI min: _____ 0,1–TI max sek
TI max: _____ 0,3–4,0 sek
Tgl: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
TgE: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

S

IPAP: _____ 4–25 cm H₂O
EPAP: _____ 3–IPAP cm H₂O
Backup-F.: ☐ 10 ☐ aus
Easy-Breathe: ☐ ein ☐ aus
(nur für VAuto Geräte)
TI min: _____ 0,1–TI max sek
TI max: _____ 0,3–4,0 sek
Anstiegszeit: _____
(min., 150–900 ms)
Tgl: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
TgE: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

ST

IPAP: _____ 4–25 cm H₂O
EPAP: _____ 3–IPAP cm H₂O
Backup-F.: _____ (5–50 BPM)
TI min: _____ 0,1–TI max sek
TI max: _____ 0,3–4,0 sek
Anstiegszeit: _____
(min., 150–900 ms)
Tgl: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
TgE: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

T

IPAP: _____ 4–25 cm H₂O
EPAP: _____ 3–IPAP cm H₂O
Atemfrequenz: _____ 5–50 AZ/min
Anstiegszeit: _____
(min., 150–900 ms)
Ti: _____ 0,3–4,0 sek

Komforteinstellungen

Start-EPAP bei Rampe: _____ min-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