

Ärztliche Verordnung Schlaftherapie – AirSense 11 CPAP/APAP

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

- ☐ AutoSet ☐ AutoSet for Her ☐ CPAP

Seriennummer: _____ Bemerkungen: _____

Therapieeinstellungen

AutoSet

Druck min: _____ 4–20 cm H₂O
Druck max: _____ 4–20 cm H₂O

AutoSet for Her

Druck min: _____ 4–20 cm H₂O
Druck max: _____ 4–20 cm H₂O

CPAP

Druck: _____ 4–20 cm H₂O

Komforteinstellungen

AutoSet-Reaktion: ☐ Standard ☐ Sanft

EPR-Typ: ☐ Vollzeit ☐ Nur Rampe

EPR-Stufe: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

SmartStart: ☐ ein ☐ aus

SmartStop: ☐ ein ☐ aus

Rampe:

☐ Auto ☐ aus

Rampendauer: _____ 5–45 Minuten

Startdruck: _____ 4–Druck min cm H₂O

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