

Ärztliche Verordnung Schlaftherapie – CPAP/APAP (BMC Medical)

Dient als Vorlage bei der Krankenkasse!



☐ Erstversorgung ☐ Weiterversorgung ☐ Umstellung

Patientendaten

Vor- u. Zuname: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Tel. Nr.: _____

Krankenkasse: _____

Vers. Nr. / Geb. Datum: _____

Versorgungsdatum: _____

Indikationsdiagnose: _____ AHI: _____

☐ Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff

Gerät

Seriennummer: _____

Bemerkungen: _____

Therapieeinstellungen

☐ CPAP

Therapiedruck _____ 4-20 cmH₂O

☐ APAP

APAP min _____ 4-20 cmH₂O

APAP max _____ 4-20 cmH₂O

Komforteinstellungen

Startdruck _____ 4-6 cmH₂O

Rampendauer _____ 0-60 min

Reslex ☐ aus ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Patient

Auto ein ☐ ein ☐ aus

Auto aus ☐ ein ☐ aus

APAP: Smart A ☐ ein ☐ aus

Druckreaktion ☐ Sanft ☐ Standard ☐ Schnell

CPAP: Smart A ☐ ein ☐ aus

Individ. Druck _____ 0-2 cmH₂O

Maske

☐ Fullface

☐ Nasal

☐ Nasenpolster

Typ / Größe: _____

☐ Auswahl übernimmt Homecare Provider durch individuelle Maskenanpassung

Notizen: _____

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, Erdbergstraße 197-199, 1030 Wien
ichatmelinde.at, healthcare.at@linde.com