

Ärztliche Verordnung Schlaftherapie – CPAP/APAP

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: _____

Therapie

☐ CPAP

Startdruck _____ 4–6 hPa
Therapiedruck _____ 4–20 hPa
Smart C ☐ ein ☐ aus
Individualdruck _____ 0–2 hPa
Leckage ☐ ein ☐ aus

☐ APAP

Startdruck _____ 4–6 hPa
APAP min _____ 4–20 hPa
APAP max _____ 4–20 hPa
Smart A ☐ ein ☐ aus
Sensitivität ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
Leckage ☐ ein ☐ aus

Komfort

Rampendauer _____ 0–60 min
Reslex ☐ aus ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Patient
Auto ein ☐ ein ☐ aus
Auto aus ☐ ein ☐ aus

Maske

Fullface	Nasal	Nasenpolster
☐ F6	☐ N6	☐ P6
☐ F5A	☐ N5A	☐ P2
☐ S ☐ M ☐ L ☐ XL (nur N5A)		

Andere Maske: _____

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
www.ichatmelinde.at, healthcare.at@linde.com