

Ärztliche Verordnung Schlaftherapie – BPAP S/Auto S

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

☐ S

Anfangs-EPAP _____ 4-25 hPa

EPAP _____ 4-25 hPa

IPAP _____ 4-25 hPa

Druckanstieg _____ 1-4

Trigger I _____ 1-8

Trigger E _____ 1-8

Ti min _____ 0,1 – Ti max

Ti max _____ 0,3-3,0 s

Backup Freq. ☐ ein ☐ aus

Leckage ☐ ein ☐ aus

☐ Auto S

Anfangs-EPAP _____ 4-25 hPa

EPAP min _____ 4-25 hPa

IPAP min _____ 4-25 hPa

IPAP max _____ 4-25 hPa

Smart B ☐ ein ☐ aus

Trigger I _____ 1-8

Trigger E _____ 1-8

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