

Ärztliche Verordnung Schlaftherapie – BPAP S/T

Dient als Vorlage bei der Krankenkasse!



☐ Erstversorgung ☐ Weiterversorgung ☐ Umstellung

Kontakt

Fax: 050 4273 2260, Tel.: 050 4273 2200
DaMe Code: ME411709

Patientendaten

Vor- u. Zuname: _____

Krankenkasse: _____

Straße: _____

Vers. Nr. / Geb. Datum: _____

PLZ/Ort: _____

Versorgungsdatum: _____

Tel. Nr.: _____

Indikationsdiagnose: _____ AHI: _____

☐ Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff

Gerät

Seriennummer: _____ Bemerkungen: _____

Therapie

☐ S

Vt Ziel ☐ ein _____ mL

Start-EPAP _____ 4-25 hPa

EPAP _____ 4-25 hPa

IPAP min _____ 4-25 hPa

IPAP max _____ 4-30 hPa

IPAP _____ 4-30 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

☐ T

Vt Ziel ☐ ein _____ mL

Start-EPAP _____ 4-25 hPa

EPAP _____ 4-25 hPa

IPAP min _____ 4-25 hPa

IPAP max _____ 4-30 hPa

IPAP _____ 4-30 hPa

Druckanstieg _____ 1-4

AF _____ 3-0 bpm

Ti _____ 0,3-3,0 s

Leckage ☐ ein ☐ aus

☐ S/T

Vt Ziel ☐ ein _____ mL

Start-EPAP _____ 4-25 hPa

EPAP _____ 4-25 hPa

IPAP min _____ 4-25 hPa

IPAP max _____ 4-30 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

AF _____ 3-40 bpm

Ti _____ 0,3-3,0 s

Leckage ☐ ein ☐ aus

Komfort

Rampendauer _____ 0-60 min

Reslex ☐ aus ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ Patient

Auto ein ☐ ein ☐ aus

Auto aus ☐ ein ☐ aus

Alarm

Druck zu niedrig _____ hPa

Druck zu hoch _____ hPa

AF zu niedrig _____ bpm

AF zu hoch _____ bpm

MV zu niedrig _____ l/min

SPO₂ Fehler ☐ 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