

Ärztliche Verordnung Schlaftherapie – CPAP/APAP

Dient als Vorlage bei der Krankenkasse!



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

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
<input type="checkbox"/> F6	<input type="checkbox"/> N6	<input type="checkbox"/> P6
<input type="checkbox"/> F5A	<input type="checkbox"/> N5A	<input type="checkbox"/> P2
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> 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