

Verordnungsformular

Dreamstation CPAP/APAP Prisma 20A CPAP/APAP

Fax: 01 70109-122 Telefon für Verordner: 01 26200

Telefon für Patienten: 0810 242 144

Mail: medizin.at@airliquide.com



Ärztliche Verordnung eines Therapiegeräts inkl. Zubehör

- Erstverordnung
- Weiterverordnung
- Maskenänderung
- Einstelländerung
- Patient bekommt
zusätzlich Sauerstoff

(dient zur Vorlage bei der
zuständigen Krankenkasse)

| | |
|----------------------------------|----------------------|
| Herr/Frau Vor- und Zuname | |
| <input type="text"/> | |
| PLZ | Ort/Straße |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Versicherungsnummer/Geburtsdatum | Krankenkasse |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Telefon | E-Mail |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Angehörige/r | |
| <input type="text"/> | |
| Telefon Angehörige/r | Entlassungsdatum |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Indikationsdiagnose: _____

AHI

Therapiegerät

- Dreamstation SNr. _____
- Prisma 20A SNr. _____
- Befeuchter SNr. _____

Maske

- Typ/Größe _____
- Begründung für eine Vollgesichtsmaske _____

| | |
|--|---|
| CPAP Geräteeinstellung | |
| Modus: | <input type="checkbox"/> CPAP |
| <input type="checkbox"/> Flex (Dreamstation) | <input type="checkbox"/> C-Flex <input type="checkbox"/> C-Flex+ |
| Flex Stufe/SoftPAP | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> aus |
| Therapiedruck | <input type="text"/> 4–20 mbar |
| Rampendauer | <input type="text"/> 5–45 min |
| Rampenanfangsdruck | <input type="text"/> mbar |
| Zusatzfunktionen (Dreamstation) | |
| SmartRamp | <input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus |
| EZ-Start | <input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus |

| | |
|--|---|
| Auto CPAP Geräteeinstellung | |
| Modus: | <input type="checkbox"/> APAP |
| <input type="checkbox"/> Flex (Dreamstation) | <input type="checkbox"/> C-Flex <input type="checkbox"/> A-Flex |
| Flex Stufe/SoftPAP | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> aus |
| Minimaldruck | <input type="text"/> 4–20 mbar |
| Maximaldruck | <input type="text"/> 4–20 mbar |
| Rampendauer | <input type="text"/> 5–45 min |
| Rampenanfangsdruck | <input type="text"/> mbar |
| Zusatzfunktionen (Dreamstation) | |
| SmartRamp | <input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus |
| Opti-Start | <input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus |

Übernahme: Hiermit bestätige ich den Erhalt des o.g. Gerätes inkl. Zubehör sowie Einweisung in dieses.

| |
|------------------------------------|
| <p>Patient: Unterschrift/Datum</p> |
|------------------------------------|

| | |
|--|--------------|
| <p>Verordner: Unterschrift/Stempel</p> | <p>Datum</p> |
|--|--------------|