

# Verordnungsformular Dreamstation CPAP/APAP

Fax: 01 701 09-122 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 style="width: 100%;" type="text"/>	
PLZ	Ort/Straße
<input style="width: 50%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Versicherungsnummer/Geburtsdatum	Krankenkasse
<input style="width: 50%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Telefon	E-Mail
<input style="width: 50%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/>
Angehörige/r	
<input style="width: 100%;" type="text"/>	
Telefon Angehörige/r	Entlassungsdatum
<input style="width: 50%;" type="text"/>	<input style="width: 50%;" type="text"/>

Indikationsdiagnose: \_\_\_\_\_

AHI

### Therapiegerät

- Dreamstation SNr. \_\_\_\_\_
- Atemluftbefeuchter SNr. \_\_\_\_\_

### Maske

- Typ/Größe \_\_\_\_\_
- Begründung für eine Vollgesichtsmaske \_\_\_\_\_

Modus CPAP  APAP

<h4>CPAP Geräteeinstellung</h4> <p>Therapiedruck <input style="width: 50px;" type="text"/> 4–20 mbar</p> <p>Rampendauer <input style="width: 50px;" type="text"/> 5–45 min</p> <p>Rampenanfangsdruck <input style="width: 50px;" type="text"/> mbar</p> <p><input type="checkbox"/> Flex   <input type="checkbox"/> C-Flex   <input type="checkbox"/> C-Flex+</p> <p>Flex Stufe   <input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> aus</p> <p>SmartRamp   <input type="checkbox"/> ein   <input type="checkbox"/> aus</p> <p>EZ-Start   <input type="checkbox"/> ein   <input type="checkbox"/> aus</p>	<h4>Auto CPAP Geräteeinstellung</h4> <p>Minimaldruck <input style="width: 50px;" type="text"/> 4–20 mbar</p> <p>Maximaldruck <input style="width: 50px;" type="text"/> 4–20 mbar</p> <p>Rampendauer <input style="width: 50px;" type="text"/> 5–45 min</p> <p>Rampenanfangsdruck <input style="width: 50px;" type="text"/> mbar</p> <p><input type="checkbox"/> Flex   <input type="checkbox"/> C-Flex   <input type="checkbox"/> A-Flex</p> <p>Flex Stufe   <input type="checkbox"/> 1   <input type="checkbox"/> 2   <input type="checkbox"/> 3   <input type="checkbox"/> aus</p> <p>SmartRamp   <input type="checkbox"/> ein   <input type="checkbox"/> aus</p> <p>Opti-Start   <input type="checkbox"/> ein   <input type="checkbox"/> aus</p>
--	---

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

**Patient:** Unterschrift/Datum

**Verordner:** Unterschrift/Stempel **Datum**