

Verordnungsformular AirSense 11 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

- AirSense 11 SNr. _____
- Atemluftbefeuchter SNr. _____

Maske

- Typ/Größe _____
- Begründung für eine Vollgesichtsmaske _____

Modus CPAP APAP

CPAP Geräteeinstellung	APAP Geräteeinstellung
Therapiedruck <input style="width: 50px;" type="text"/> 4–20 mbar	AutoSet <input type="checkbox"/> AutoSet for her <input type="checkbox"/>
Rampendauer <input style="width: 50px;" type="text"/> 5–45 min	Minimaldruck <input style="width: 50px;" type="text"/> 4–20 mbar
Rampenanfangsdruck <input style="width: 50px;" type="text"/> mbar	Maximaldruck <input style="width: 50px;" type="text"/> 4–20 mbar
EPR Stufe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Rampendauer <input style="width: 50px;" type="text"/> 5–45 min
EPR Typ nur Rampe	Rampenanfangsdruck <input style="width: 50px;" type="text"/> mbar
Smart Start <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein	EPR Stufe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Smart Stop <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein	EPR Typ nur Rampe
	AutoSet-Reaktionen <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sanft
	Smart Start <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein
	Smart Stop <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein

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

Patient: Unterschrift/Datum

Verordner: Unterschrift/Stempel Datum