

# Verordnungsformular Prisma 20A 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

- Prisma 20A SNr. \_\_\_\_\_
- Atemluftbefeuchter SNr. \_\_\_\_\_

### Maske

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

Modus CPAP  APAP

#### CPAP Geräteeinstellung

Therapiedruck  4–20 mbar

Rampendauer  5–45 min

Rampenanfangsdruck  mbar

Soft PAP  0  1  2  3

Soft PAP-Sperre  ein  aus

Auto Start  ein  aus

#### Auto CPAP Geräteeinstellung

Minimaldruck  4–20 mbar

Maximaldruck  4–20 mbar

Rampendauer  5–45 min

Rampenanfangsdruck  mbar

Soft PAP  0  1  2  3

Soft PAP-Sperre  ein  aus

APAP Druckregulierung  standard  dynamisch

Auto Start  ein  aus

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

**Patient:** Unterschrift/Datum

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