

AirSense 11 CPAP/APAP - Verordnungsformular

DaMe Befundübermittlung von A1: ME-Code MEVITALA

Mail: medizin.at@airliquide.com Fax: 0316 4691-122 oder 01 70109-122

Telefon für Verordner: 01 26200 Telefon für Patienten: 0810 242 144



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

- AirSense 11 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

EPR Stufe 1 2 3

EPR Typ nur Rampe Vollzeit

Smart Start ja nein

Smart Stop ja nein

APAP Geräteeinstellung

AutoSet AutoSet for her

Minimaldruck 4–20 mbar

Maximaldruck 4–20 mbar

Rampendauer 5–45 min

Rampenanfangsdruck mbar

EPR Stufe 1 2 3

EPR Typ nur Rampe Vollzeit

AutoSet-Reaktionen Standard sanft

Smart Start ja nein

Smart Stop ja nein

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

Patient: Unterschrift Datum

Verordner: Unterschrift/Stempel Datum

Name Ansprechpartner: _____ Tel. Nr. der Abteilung: _____