

Prisma Smart Max 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

- Prisma Smart Max SNr. _____
- Atemluftbefeuchter SNr. _____

Maske

- Typ/Größe _____
- Begründung für eine Vollgesichtsmaske _____

Modus CPAP APAP

CPAP Geräteeinstellung

Therapiedruck	<input type="text"/>	4–20 mbar
Rampendauer	<input type="text"/>	5–45 min
Rampenanfangsdruck	<input type="text"/>	mbar
Soft PAP	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Soft PAP-Sperre	<input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus	
Auto Start	<input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus	

Auto CPAP Geräteeinstellung

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
Soft PAP	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	
Soft PAP-Sperre	<input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus	
Auto Start	<input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus	
APAP Druckregulierung	<input type="checkbox"/> standard <input type="checkbox"/> dynamisch	

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Patient: Unterschrift	Datum

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verordner: Unterschrift/Stempel	Datum

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