

Prismavent 30 C - 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

- Prismavent 30 C SNr. _____
- Befeuchter SNr. _____
- O₂-Adapter

Maske

- Typ/Größe _____
- Begründung für eine Vollgesichtsmaske

Modus: ST Auto ST T S

EPAP min: _____ mbar
EPAP max: _____ mbar
delta P_{insp} min: _____ mbar
IPAP max: _____ mbar
Airtrap: ein aus
Volumen: _____ Ziel VT in ml
Geschwindigkeit: 1 2 3
Delta P: _____ mbar

F: auto manuell f _____ /min
Ti min: _____ sec
Ti max: _____ sec
Ti timed: _____ sec
Trigger: auto
 manuell: Insp. _____ Stufe
Exsp. _____ %
Druckanstieg Insp/Exsp.: _____
Triggersperrzeit: _____ sec
Rampendauer: _____ min
Rampenanfangsdruck: _____ mbar
Alarme: 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**

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