Prisma CR - Verordnungsformular

DaMe Befundübermittlung von A1: ME-Code MEVITALA

Mail: **medizin.at@airliquide.com** Fax: **0316 4691-122** oder **01 701 09-122**
Telefon für Verordner: **01 26200** Telefon für Patienten: **0810 242 144**

VitalAire Home Healthcare

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

PLZ Ort/Straße

Versicherungsnummer/Geburtsdatum Krankenkasse

Telefon E-Mail

Angehörige/r

Telefon Angehörige/r Entlassungsdatum

Indikationsdiagnose: _____

_____ AHI

Therapiegerät

- ☐ Prisma CR SNr. _____
- ☐ Befeuchter SNr. _____
- ☐ O_2-Adapter

Maske

- ☐ Typ/Größe _____
- ☐ Begründung für eine Vollgesichtsmaske

_____

Modus: AcSV (antizyklische Servoventilation)

EPAP min: _____ mbar
EPAP max: _____ mbar
Pdiff norm: _____ mbar
Pdiff max: _____ mbar
Frequenz: ☐ auto ☐ manuell
Fmin: _____ bpm
Ti/Tsoll: _____ %

Komfortparameter:
Rampendauer: _____ min
Rampenanfangsdruck: _____ mbar
soft PAP: ☐ Bi Soft 1 ☐ Bi Soft 2 ☐ Trilevel

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: _____