

# Ärztliche Verordnung Schlaftherapie – BPAP S/Auto S

Dient als Vorlage bei der Krankenkasse!



**Kontakt**  
Fax: 050 4273 2260, Tel.: 050 4273 2200  
DaMe Code: ME411709

Erstversorgung     Weiterversorgung     Umstellung

## Patientendaten

Vor- u. Zuname: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_  
Vers. Nr. / Geb. Datum: \_\_\_\_\_  
Versorgungsdatum: \_\_\_\_\_

Indikationsdiagnose: \_\_\_\_\_ AHI: \_\_\_\_\_

Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff

## Gerät

Seriennummer: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

## Therapie

### S

Anfangs-EPAP \_\_\_\_\_ 4-25 hPa  
EPAP \_\_\_\_\_ 4-25 hPa  
IPAP \_\_\_\_\_ 4-25 hPa  
Druckanstieg \_\_\_\_\_ 1-4  
Trigger I \_\_\_\_\_ 1-8  
Trigger E \_\_\_\_\_ 1-8  
Ti min \_\_\_\_\_ 0,1 – Ti max  
Ti max \_\_\_\_\_ 0,3-3,0 s  
Backup Freq.  ein  aus  
Leckage  ein  aus

### Auto S

Anfangs-EPAP \_\_\_\_\_ 4-25 hPa  
EPAP min \_\_\_\_\_ 4-25 hPa  
IPAP min \_\_\_\_\_ 4-25 hPa  
IPAP max \_\_\_\_\_ 4-25 hPa  
Smart B  ein  aus  
Trigger I \_\_\_\_\_ 1-8  
Trigger E \_\_\_\_\_ 1-8  
Leckage  ein  aus

## Komfort

Rampendauer \_\_\_\_\_ 0-60 min  
Reslex  aus  1  2  3  Patient  
Auto ein  ein  aus  
Auto aus  ein  aus

## Maske

Fullface	Nasal	Nasenpolster
<input type="checkbox"/> F6	<input type="checkbox"/> N6	<input type="checkbox"/> P6
<input type="checkbox"/> F5A	<input type="checkbox"/> N5A	<input type="checkbox"/> P2
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> XL (nur N5A)		

Andere Maske: \_\_\_\_\_

## Patient

Hiermit bestätige ich den Erhalt des o. g. Gerätes inkl. Zubehör sowie die Einweisung in dieses.  
Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Verordner

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_  
Tel. Nr. (der Abteilung): \_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Stempel

Linde Gas GmbH  
Linde Healthcare, Modecenterstraße 17, Objekt 2/1. OG, 1110 Wien  
www.ichatmelinde.at, healthcare.at@linde.com