

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