

Ärztliche Verordnung Schlaftherapie – BPAP S/T

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: _____ Krankenkasse: _____
Straße: _____ Vers. Nr. / Geb. Datum: _____
PLZ/Ort: _____ Versorgungsdatum: _____
Tel. Nr.: _____
Indikationsdiagnose: _____ AHI: _____
 Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff

Gerät

Seriennummer: _____ Bemerkungen: _____

Therapie

<input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> T	<input type="checkbox"/> S/T
Vt Ziel <input type="checkbox"/> ein _____ mL	Vt Ziel <input type="checkbox"/> ein _____ mL	Vt Ziel <input type="checkbox"/> ein _____ mL
Start-EPAP _____ 4-25 hPa	Start-EPAP _____ 4-25 hPa	Start-EPAP _____ 4-25 hPa
EPAP _____ 4-25 hPa	EPAP _____ 4-25 hPa	EPAP _____ 4-25 hPa
IPAP min _____ 4-25 hPa	IPAP min _____ 4-25 hPa	IPAP min _____ 4-25 hPa
IPAP max _____ 4-30 hPa	IPAP max _____ 4-30 hPa	IPAP max _____ 4-30 hPa
IPAP _____ 4-30 hPa	IPAP _____ 4-30 hPa	Druckanstieg _____ 1-4
Druckanstieg _____ 1-4	Druckanstieg _____ 1-4	Trigger I _____ 1-8
Trigger I _____ 1-8	AF _____ 3-0 bpm	Trigger E _____ 1-8
Trigger E _____ 1-8	Ti _____ 0,3-3,0 s	Ti min _____ 0,1 – Ti max
Ti min _____ 0,1 – Ti max	Leckage <input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus	Ti max _____ 0,3-3,0 s
Ti max _____ 0,3-3,0 s		AF _____ 3-40 bpm
Backup Freq. <input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus		Ti _____ 0,3-3,0 s
Leckage <input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus		Leckage <input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus

Komfort

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

Alarm

Druck zu niedrig _____ hPa
Druck zu hoch _____ hPa
AF zu niedrig _____ bpm
AF zu hoch _____ bpm
MV zu niedrig _____ l/min
SPO₂ Fehler ein aus

Maske

Fullface Nasal Nasenpolster
 F6 N6 P6
 F5A N5A P2
 S M L XL (nur N5A)
Andere Maske: _____

Patient

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

Verordner

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

Unterschrift: _____

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

Stempel