

ST



Schlaftherapie und nicht invasive Beatmung Verordnungsformular

BESTELLSERVICE FÜR VERORDNER
Nutzen Sie unsere Priority-Nummer

 **01 26200**

- ✓ Vorreihung Ihres Telefonats
- ✓ Priorisierte Behandlung Ihrer Bestellung

Montag – Donnerstag 7.00 – 18.00 Uhr
Freitag 7.00 – 15.00 Uhr

Wir nehmen Ihre Bestellung auch gerne
per E-Mail oder Fax entgegen:
E-Mail: medizin.at@airliquide.com
Fax: 0316 46 91 - 122 oder 01 701 09 - 122

**KASSENFREI
in Österreich***

* nach ärztlicher Verordnung und Kostenübernahmeerklärung der jeweiligen Krankenkasse





DREAMSTATION

- Druckbereich 4–20 cmH2O
- Sichere Unterscheidung zentraler und obstruktiver Apnoen
- Bewährte Ausatemlastung A-Flex oder C-Flex und C-Flex+
- Wahlweise mit Befeuchter
- Individuelle Befeuchtungsmodi einstellbar

PRISMA 20A

- Druckbereich 4–20 cm H2O
- Verbesserte Technologie zur Unterscheidung zentraler und obstruktiver Apnoen
- Verbesserte Ausatemerleichterung softPAP
- Wahlweise mit Befeuchter prismaAQUA



PRISMA 25ST

- Druckbereich 4–25 cm H2O
- Verschiedene Modi wählbar (CPAP, APAP, BiLevel S, auto S, Bilevel ST, auto ST, Bilevel T)
- Hohe Sicherheit durch automatische Hintergrundfrequenz und einstellbare feste Hintergrundfrequenz
- Optional mit TRILevel-Druckprofil
- SCOPES – indikationsgerechte Voreinstellungen mit der Möglichkeit, jederzeit nachzujustieren
- Sichere Technik unterscheidet obstruktive und zentrale Apnoen (FOT)

Bestellung:

Fax: 01 701 09 -122

Tel: 01 26200

Mail: medizin.at@airliquide.com



AIRVO 2

- Therapie für zu Hause für Kinder und Erwachsene
- Optimierung der mukoziliären Clearance durch beste Befeuchtung
- 2–60 l/min Flow
- Integrierte Möglichkeit zur gezielten und kontrollierten Sauerstoffbeimischung
- Verschiedene Größen von Nasenbrillen
- Tracheostomie Interface
- Kombinierbar mit Flüssigsauerstoff oder Standkonzentrator

Bestellung:

Fax: 01 701 09 -122

Tel: 01 26200

Mail: medizin.at@airliquide.com

Verordnungsformular

Dreamstation CPAP/APAP Prisma 20A CPAP/APAP

Fax: 01 70109-122 Telefon für Verordner: 01 26200

Telefon für Patienten: 0810 242 144

Mail: medizin.at@airliquide.com



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

- Dreamstation SNr. _____
- Prisma 20A SNr. _____
- Befeuchter SNr. _____

Maske

- Typ/Größe _____
- Begründung für eine Vollgesichtsmaske _____

CPAP Geräteeinstellung	
Modus:	<input type="checkbox"/> CPAP
<input type="checkbox"/> Flex (Dreamstation)	<input type="checkbox"/> C-Flex <input type="checkbox"/> C-Flex+
Flex Stufe/SoftPAP	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> aus
Therapiedruck	<input type="text"/> 4–20 mbar
Rampendauer	<input type="text"/> 5–45 min
Rampenanfangsdruck	<input type="text"/> mbar
Zusatzfunktionen (Dreamstation)	
SmartRamp	<input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus
EZ-Start	<input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus

Auto CPAP Geräteeinstellung	
Modus:	<input type="checkbox"/> APAP
<input type="checkbox"/> Flex (Dreamstation)	<input type="checkbox"/> C-Flex <input type="checkbox"/> A-Flex
Flex Stufe/SoftPAP	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> aus
Minimaldruck	<input type="text"/> 4–20 mbar
Maximaldruck	<input type="text"/> 4–20 mbar
Rampendauer	<input type="text"/> 5–45 min
Rampenanfangsdruck	<input type="text"/> mbar
Zusatzfunktionen (Dreamstation)	
SmartRamp	<input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus
Opti-Start	<input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus

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

Patient: Unterschrift/Datum

Verordner: Unterschrift/Stempel **Datum**

Verordnungsformular

Prisma 25 S/T

Fax: 01 70109-122 Telefon für Verordner: 01 26200

Telefon für Patienten: 0810 242 144

Mail: medizin.at@airliquide.com



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

- Prisma 25 S/T SNr. _____
- Befeuchter SNr. _____

Maske

- Typ/Größe _____
- Begründung für eine Vollgesichtsmaske _____

S/T Modus	
IPAP	<input type="text"/> 4–25 mbar
EPAP	<input type="text"/> 4–25 mbar
Atemfrequenz	<input type="text"/> 0–35 AZ/min
Ti/Tsoll %
Trilevel	<input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus
Ramp IN	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Trigger IN	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> automatisch
Komforteinstellungen	
soft Start Druck	min <input type="text"/> mbar
soft Sart max	<input type="text"/> 0–45 min

AUTO S/T Modus	
EEPAP	min <input type="text"/> mbar max <input type="text"/> mbar
PDIFF	<input type="text"/> mbar
Trilevel	<input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus
auto F	<input type="checkbox"/> ein <input type="checkbox"/> aus
Atemfrequenz	<input type="text"/> 0–35 AZ/min
Ti/Tsoll %
Ramp IN	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Trigger IN	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> automatisch
Komforteinstellungen	
soft Start Druck	min <input type="text"/> mbar
soft Sart max	<input type="text"/> 0–45 min

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

Patient: Unterschrift/Datum

Verordner: Unterschrift/Stempel **Datum**

Verordnungsformular Airvo 2 Highflow-Therapie

Fax: 01 70109-122 Telefon für Verordner: 01 26200
Telefon für Patienten: 0810 242 144
Mail: medizin.at@airliquide.com



Ärztliche Verordnung eines Therapiegeräts inkl. Zubehör

- Erstverordnung
- Umverordnung
- Einstelländerung

(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"/>

Wir ersuchen, für oben genannte/n Patienten/in folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

- Airvo 2 Highflow Luftbefeuchter mit Klinikzubehör: selbstbefüllende
Wasserkammer mit einem 1000 ml wiederbefüllbaren Wasserbeutel, Kompaktständer

!!!Achtung: Sterilwasser muss der/die Patient/in selbst besorgen!!!

Indikationsdiagnose: _____

Geräteinstellung
Flow _____ l/min
O ₂ _____ (= _____ l/min O ₂)
Temperatur <input type="checkbox"/> 31 °C <input type="checkbox"/> 34 °C <input type="checkbox"/> 37 °C

<input type="checkbox"/> Nasenkanüle Größe <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Tracheostomie-Interface
<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Verordner: Unterschrift/Stempel	Datum
--	--------------