

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**