

Verordnungsformular Prisma CR

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 CR SNr. _____
- Befeuchter SNr. _____
- O₂-Adapter

Maske

- Typ/Größe _____
- Begründung für eine Vollgesichtsmaske

Modus: AcSV (antizyklische Servoventilation)

EPAP min: _____ mbar
EPAP max: _____ mbar
Pdiff norm: _____ mbar
Pdiff max: _____ mbar
Frequenz: auto manuell
Fmin: _____ bpm
Ti/Tsoll: _____ %

Komfortparameter:

Rampendauer: _____ min
Rampenanfangsdruck: _____ mbar
soft PAP: Bi Soft 1 Bi Soft 2 Trilevel

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

Patient: Unterschrift/Datum

Verordner: Unterschrift/Stempel **Datum**