

Ärztliche Verordnung für CPAP und BiPAP-Therapie

FORMULAR B

Erste Verschreibung

Erneuerung

1. ALLGEMEINE INFORMATIONEN (dieser Abschnitt ist vollständig auszufüllen)

Name und Vorname

Geschlecht F M

Geburtsdatum (tt/mm/jj)

Adresse

NPA

Kanton

Tel

Mail

AHV-Nr

Krankenkasse

Pathologie

2. HAUPTDIAGNOSE (kreuzen Sie das entsprechende Kästchen an)

Obstruktive Apnoen

Positionale Apnoe

Zentrale Apnoe

Periodische Atmung

Andere

3. TESTS (bitte das entsprechende Kästchen ankreuzen)

Oximetrie Anzahl der Entsättigungen/Stunde: Ohne CPAP Mit CPAP

Polygraph/PSG Apnoe/Hypopnoe-Index: Ohne CPAP Mit CPAP

4. GERÄTEBESCHREIBUNG (Gerätetyp, zusätzliches Zubehör und Einstellungswert auswählen)

Der Patient hat bereits ein Gerät

Patient wartet auf das Gerät

Ventilator (NIV)

Gürtel für die Positionstherapie

RESMED

PHILIPS

MEHR

Zusätzliches zubehör

Beheizter Schlauch

Beheizter Luftbefeuchter

5. SETTING PARAMETERS (Parameter ausfüllen)

6. MASKE

Typ	Modell	Größe
Nasenpolstermaske		
Nasenmaske		
Full Face Maske		
Total Face Maske		

Zusätzliches Zubehör

Verschreibender Arzt (Vor- und Nachname)

Datum der Verschreibung (tt/mm/jj)

Anmerkungen

Stempel/Unterzeichnung
(mit RCC-Nr.)

Das Rezept kann direkt aus PDF-Dateien oder manuell ausgefüllt werden und muss gesendet werden an die E-Mail Adresse prescrizioni@artsource.ch. Im Falle einer Nichtzustellung an die angegebene Adresse, kontaktieren Sie uns bitte unter der E-Mail Adresse info@artsource.ch.