

Vorläufige Verordnung

(Name, Vorname)

(Straße, Hausnummer)

(PLZ, Ort)

(Telefon)

(Handy)

(Geb.Datum)

(E-Mail)

(Krankenkasse)

(Versicherten-Nummer)

(Gültigkeit bis)

(Zuzahlungsbefreiung seit)

DIENSTLEISTER

SCHLAFLABOR / KLINIK

An die Firma: critical care
gesellschaft für home care
medizintechnik mbh
Kirchhoffstraße 1-5
24568 Kaltenkirchen

Telefonnr.: 04191 / 50 70 96-0
Fax: 04191 / 95 88 92
E-Mail: info@criticalcare.de

Stempel + Unterschrift

THERAPIEGERÄT

Typ	Aktuelle Druckeinstellung:	EPAP / EEPAP		
Hersteller	Modus/Variante:	Trigger: I: E:	Anfeuchter / Stufe:	I.T.: %
Regelung bei Flusslimitation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Druckanstieg:	Druckabstieg:	Druckabsenkung / Softpap: Autostart EIN / AUS	
10-stellige Hilfsmittelpositionsnr.	Atemfrequenz:	Rampe min:	Rampenstartdruck:	

ANFEUCHTER

MASKE

ZUBEHÖR/ZURÜSTUNGEN/SONSTIGES:

Versorgung mit den genannten Hilfsmitteln bis zum _____

zu Hause (siehe Adressdaten)

in unserem Schlaflabor

ERKLÄRUNG DES PATIENTEN

Ich habe von der vorliegenden Versorgungsanforderung Kenntnis genommen und bin hiermit einverstanden. Ich bin ferner einverstanden, dass die auf dieser Versorgungsanforderung eingetragenen personenbezogenen Daten an den oben aufgeführten Hilfsmittelanbieter weitergeleitet werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters o. Bevollmächtigten