



# Ärztliche Verordnung. Clusterkopfschmerztherapie.

Linde-Kontakt:  
Fax: 050.4273.2260  
Tel.: 050.4273.2200

Dient als Vorlage bei der Krankenkasse!

Erstversorgung     Weiterversorgung

## Patientendaten:

Vor- u. Zuname: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Vers. Nr./Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Bei der o.g. Patientin/dem o.g. Patienten besteht die Indikation zur Clusterkopfschmerztherapie gemäß den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie und der EFNS.

Versorgungsdatum: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Clusterkopfschmerztherapie bestehend aus:

- 10-l-Flasche mit medizinischem Sauerstoff für die stationäre Behandlung mit integriertem Ventil inkl. Flaschenwagen
- 2-l-Flasche mit medizinischem Sauerstoff für die mobile Behandlung mit integriertem Ventil
- Tragetasche
- 2 Stück Sauerstoffmasken ohne Rückatmung

Empfohlener Sauerstoffbedarf: \_\_\_\_\_ l/min.

**Verordnungen sind ärztliche Dokumente und dürfen durch unsere Mitarbeiter nicht verändert und/oder ergänzt werden. Wir sind daher angehalten, fehlende Angaben vom Arzt anzufordern. Wir bitten um Kostenübernahme für o.a. verordnetes Arzneimittel. Zulassungsnummer: 1-26092.**

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Tel. Nr. (der Abteilung): \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Stempel:

Mit freundlicher Unterstützung durch

Linde Gas GmbH  
Linde Healthcare, Modecenterstraße 17, Objekt 1/3. OG, 1110 Wien  
www.linde-healthcare.at, healthcare.at@linde.com