



Verordnungsformular Schlafapnoetherapie

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Fax an:
04242 4308304
Vielen Dank!
Filiale Villach

- Erstverordnung** **Weiterverordnung** **Umverordnung** ggf. medizinische Begründung im Feld Notiz
 Wechsel des Leistungserbringers > auf Patientenwunsch aus Anlass des Verordners

Bitte vollständig ausfüllen

Patientendaten	Vor- und Zuname	Geschlecht	Krankenkasse
	PLZ	Ort	Geburtsdatum (dd/mm/yy)
	Strasse	Entlassungsdatum	Telefonnummer des Patienten
	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer	

Diagnose

Die Indikationsdiagnose, sowie alle notwendigen Indikationsbefunde wurden entsprechend den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie erstellt und dokumentiert.

AHI

Wechsel

Bisheriger Leistungserbringer
Firmenname

Rückgabe Therapiergerät & Luftbefeuchter
Bezeichnung/Seriennummer

Therapiegerät

CPAP	APAP
<input type="checkbox"/> Air Sense 10 Elite <input type="checkbox"/> S9 Elite	<input type="checkbox"/> Air Sense 10 AutoSet <input type="checkbox"/> S9 AutoSet <input type="checkbox"/> Air Sense 10 AutoSet for Her

Sonstiges Therapiegerät (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller:

Atemhilfsmittel Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:

Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff

Geräteinstellungen

Therapiedruck <input type="checkbox"/> Max. Druck [hPa] <input type="checkbox"/> (Min.) Druck wenn CPAP [hPa]	AutoSet-Reaktion <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sanft	EPR-Stufe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Rampe <input type="checkbox"/> AutoRampe <input type="checkbox"/> Rampe [min.] <input type="checkbox"/> Startdruck [hPa]	Einstellungsänderung <input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt. <input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.
--	--	--	--	--

Zubehör

Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung

Patient erhält den ClimateLineAir™ Oxy *ggf. medizinische Begründung

Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske:

FullFace* Nasal Nasenpolster

Notiz

Patient/in

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt oben genannter Geräte / Zubehör inklusive Gebrauchsanweisung und Reinigungsanleitung sowie die Einweisung in diese.

Im Falle eines Wechsels des Leistungserbringers bestätige ich hiermit die Rückgabe des Altgerätes.

Datum / Ort

Unterschrift Patient / Angehöriger / Sachwalter

Verordner

Anprechpartner Institution / Ordination

Telefonnummer der Station

Datum / Ort

Unterschrift und Stempel / Verordner

Bitte ausfüllen im Falle eines Wechsels des Leistungserbringers:

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteinstellungen empfohlen: