



Verordnungsformular Ventimotion

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Erstverordnung Weiterverordnung Umverordnung

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.

Fax an:
04242 4308304
Vielen Dank!
Filiale Villach

Bitte vollständig ausfüllen

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

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

AHI

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Therapiegerät zu bewilligen:

Ventimotion Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:

Patient benötigt zusätzlich Sauerstoff: ____ l/min.

VIVISOL

andere Firma

Einstellungsänderungen

Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor bzw. von der Fachabteilung durchgeführt.

Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.

Geräteinstellungen	Modus	IPAP	EPAP	AF	Druckanstieg	Air Trap Control	Volumen-kompensation	Softst.	Tg I	Tg Sperrzeit	xTi/T (I:E)
	ST	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Timed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zubehör	Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung	Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske:
	Sauerstoffzuschaltventil Bezeichnung / Seriennummer	<input type="checkbox"/> FullFace* <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster
		Bemerkung

Notiz

Patient/in	Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt oben genannter Geräte / Zubehör inklusive Gebrauchsanweisung und Reinigungsanleitung sowie die Einweisung in diese.	Datum / Ort	Unterschrift Patient / Angehöriger / Sachwalter
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

Verordner	Anprechpartner Institution / Ordination	
	Telefonnummer der Station	Datum / Ort
		Unterschrift und Stempel / Verordner

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteinstellungen empfohlen: