



Verordnungsformular Cough Assist E70

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Erstverordnung Weiterverordnung Umverordnung

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.



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

Notiz
ggf. Begründung für eine Umverordnung:

Therapiegerät
Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Therapiegerät zu bewilligen:

Cough Assist E 70 Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:

Richtwert lt. DGP S2 Leitlinie (PCF <-270 l/min.)

Externer Akku Seriennummer

Einstellungsänderungen
 Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor bzw. von der Fachabteilung durchgeführt.
 Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.

Zubehör	Wir bitten für den oben genannten Patienten folgendes Zubehör zu bewilligen:	Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen:		
	Paket Erwachsene Größe L / Artikelnr. 3202 <input type="checkbox"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)	Geräteeinstellung		
	Paket Erwachsene Größe M / Artikelnr. 3203 <input type="checkbox"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)	1	2	3
	Paket Erwachsene Größe S / Artikelnr. 3204 <input type="checkbox"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)	Modus	<input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Auto
	Paket Kleinkinder / Artikelnr. 4309 <input type="checkbox"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)	Cough-Trak (Inspirationstrigger)	<input type="checkbox"/> EIN <input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> EIN <input type="checkbox"/> AUS
	Paket Kinder / Artikelnr. 3828 <input type="checkbox"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)	Einatmungsdruck (cm H₂O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Mundstückset / Artikelnr. 625 <input type="checkbox"/> Stk.	Einatmungsflow	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> niedrig <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> hoch
Tracheostomie-Anschlussset / Artikelnr. 626 <input type="checkbox"/> Stk.	Einatmungszeit (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Invasives Zubehör	Ausatmungsdruck (cm H₂O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bakterienfilter / Artikelnr. 513 <input type="checkbox"/> Stk.	Ausatmungszeit (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gänsegurgel / Artikelnr. 538 <input type="checkbox"/> Stk.	Pausendauer (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Oszillation	<input type="checkbox"/> Einatmen <input type="checkbox"/> Ausatmen <input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> Einatmen <input type="checkbox"/> Ausatmen <input type="checkbox"/> AUS	
	Frequenz (Hz)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	Amplitude (cm H₂O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Geräteeinstellungen

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