



**Patientendaten** (bitte füllen Sie die Daten vollständig und in Blockbuchstaben aus)

Vor- und Zuname		Krankenkasse			
PLZ	Ort	Versicherungsnummer		Geburtsdatum (dd/mm/yy)	
Strasse	Telefonnummer Patient		Entlassung am		
Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)		Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer			

**Ärztliche Verordnung**       Erstverordnung       Umverordnung\*       Einstellungsänderung

\*ggf. medizinische Begründung für eine Umverordnung

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

Ventimotion 2 (Seriennummer)	Atemluftbefeuchter <b>VentiClick</b>	Maske* (Bezeichnung / Größe)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Bitte ankreuzen, wenn verordnet.	<input type="text"/>
Sauerstoffzuschaltventil <b>VentiO<sub>2</sub></b> (SNr.)	*ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Externer Akku <b>VentiPower</b> (SNr.)	Bemerkung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

**Geräteeinstellungen** Für den oben genannten Patienten wurden folgende Geräteeinstellungen vorgenommen:

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

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

<input type="text"/>	AHI <input type="text"/>
----------------------	--------------------------

Hiermit bestätige ich den Erhalt o.g. Geräte / Zubehör inklusive Gebrauchsanweisung und Reinigungsanleitung sowie die Einweisung in diese.

Unterschrift Patient / Angehöriger / Sachwalter	Datum	<input type="text"/>
Telefonnummer der Abteilung / Name Ansprechpartner	Datum	

**VIVISOL Heimbehandlungsgeräte Ges.m.b.H.**

Purtscherstraße 18  
9500 Villach · Austria  
t +43 4242 43 08 300  
f +43 4242 43 08 304  
e office@vivisol.at  
www.vivisol.at

Servicenummer für Erstbestellungen  
Mo-Do 08:00-17:00  
Fr 08:00-14:30  
t +43 4242 43 08 300