



# Verordnungsformular myAIRVO2

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

Bitte ankreuzen

<b>Patientendaten</b>	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

**Diagnose**

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

**Therapiegerät**

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

Erwachsener  Kind

**myAirvo2 Seriennummer** bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:

Patient benötigt zusätzlich Sauerstoff: \_\_\_\_ l/min.

VIVISOL

andere Firma

<b>Einstellungen &amp; Zubehöropakete</b>	<b>Erwachsene</b>			<b>Kinder</b>
	Flowbereich	Temperatur	<input type="checkbox"/> 31°C <input type="checkbox"/> 34°C <input type="checkbox"/> 37°C	Flowbereich
	<b>Paket 1</b>	<b>Paket 2</b>	<b>Paket 3</b>	<b>Paket 4</b>
	Hoher Flowbedarf Klinikversion	Hoher Flowbedarf Homecareversion	Niedriger Flowbedarf Homecareversion	Kinder und Jugendliche
	Optiflow Nasenkanüle <input type="checkbox"/> Small (4571) <input type="checkbox"/> Medium (4572) <input type="checkbox"/> Large (4573)	Optiflow Nasenkanüle <input type="checkbox"/> Small (4571) <input type="checkbox"/> Medium (4572) <input type="checkbox"/> Large (4573)	Optiflow Nasenkanüle <input type="checkbox"/> Small (4571) <input type="checkbox"/> Medium (4572) <input type="checkbox"/> Large (4573)	Optiflow Junior Nasenkanüle <input type="checkbox"/> Kind (4576) <input type="checkbox"/> Kleinkind (4575)
Schlauch und Kammereset EW (4569)	Schlauch und Kammereset EW (4569)	Schlauch (4568)	Schlauch und Kammereset Junior (4570)	
Sterilwasser (5061) _____ Stk.	Wasserbeutel (5602)	Mehrwegwasserkammer (5593)	Sterilwasser (5061) _____ Stk.	
<b>Optional</b>			<b>Optional</b>	
<input type="checkbox"/> Tischständer (4581) <input type="checkbox"/> Klinikständer (4582) <input type="checkbox"/> Optiflow Tracheostomie Direktanschluss (4574) <input type="checkbox"/> Sauerstoffzufuhr Kit mit Verlängerung (4578) <input type="checkbox"/> Luftfilter 2 Stk. (4584)			<input type="checkbox"/> Sauerstoffzufuhr Kit mit Verlängerung (4578) <input type="checkbox"/> JuniorLowFlow Sauerstoffzufuhrschlauch Adapter (4825) <input type="checkbox"/> Luftfilter 2 Stk. (4584) <input type="checkbox"/> Wigglepads Optiflow Junior (4577) (20 Stk./Packung) _____ Pkg.	

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

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

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen. Wir bitten außerdem bei dem Patienten folgendes Paket zu bewilligen:

VF036-V04-20.09.2017