



Verordnungsformular Schlafapnoetherapie

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Erstverordnung Weiterverordnung Umverordnung

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.

Fax an:
01/5241642
Vielen Dank!
Zentrale Wien

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

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

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
	<input type="checkbox"/> Sonstiges Therapiegerät (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller:	

Atemhilfsmittel Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:

Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff

Geräteeinstellungen	Therapieindruck	AutoSet-Reaktion	EPR-Stufe	Rampe	Einstellungsänderung
	<input type="checkbox"/> Max. Druck [hPa] <input type="checkbox"/> (Min.) Druck wenn CPAP [hPa]	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sanft	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> AutoRampe <input type="checkbox"/> Rampe [min.] <input type="checkbox"/> Startdruck [hPa]	<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	Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske:
	<input type="checkbox"/> Patient erhält den ClimateLineAir™ Oxy *ggf. medizinische Begründung	<input type="checkbox"/> FullFace* <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster

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

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

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgenden Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen:

VF003-V05-22.10.2015