



# Verordnungsformular BiLevel S/ST

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

<b>Patientendaten</b>	Vor- und Zuname	Geschlecht	Krankenkasse
	PLZ	Ort	Versicherungsnummer
	Strasse	Entlassungsdatum	Geburtsdatum (dd/mm/)
	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**

BiLevel S	Auto-BiLevel	BiLevel ST
<input type="checkbox"/> Air Curve 10 S <input type="checkbox"/> S9 VPAP S	<input type="checkbox"/> Air Curve 10 VAuto <input type="checkbox"/> S9 Auto 25	<input type="checkbox"/> Air Curve 10 ST <input type="checkbox"/> S9 VPAP ST
<input type="checkbox"/> <b>Sonstiges Therapiergerät</b> (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller:		
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Atemhilfsmittel Seriennummer</b> bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:		
<input type="checkbox"/> Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff		

**Geräteinstellungen**

Modus	EPAP	IPAP	AF	DU	Druckanstieg	Ti. min.	Ti. max.	Ti.	Tg I.	Tg E.	Max. Rampe	Start EPAP	Smart-start	Lackage Alarm
Spont	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	aus / 10	<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"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VAuto	min. EPAP	max. IPAP	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Zubehör**

**Atemluftbefeuchter** Bezeichnung / Seriennummer \*ggf. medizinische Begründung

Patient erhält den ClimateLineAir™ Oxy

**Maske** Bezeichnung / Größe \*ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske:

FullFace\*     Nasal     Nasenpolster

**Notiz**

Einstellungsänderung

Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt.     Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.

**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 folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteinstellungen empfohlen: