



Verordnungsformular Pace Wave

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

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

Therapiegerät	<input type="checkbox"/> S9 AutoSet CS PaceWave <input type="checkbox"/> Air Curve 10 CS PaceWave
	<input type="checkbox"/> Sonstiges Therapiegerät (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller:
	<input checked="" type="checkbox"/> Atemhilfsmittel Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:

Geräteinstellungen	Modus	EPAP	MinEPAP	MaxEPAP	MinDU	MaxDU	MaxRampe	StartEPAP	SmartStart
	ASV								
	ASV Auto								
	Einstellungsänderung	<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:
	Ausatemsystem Bezeichnung	<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	Unterschrift und Stempel / Verordner
	Telefonnummer der Station	
	Datum / Ort	

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgenden Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteinstellungen empfohlen:

VIVISOL ist verpflichtet - im Falle der Verordnung eines Therapiegerätes auch Depotgeräte einzusetzen.