



# Verordnungsformular Pace Wave

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/yy)
	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer	Telefonnummer des Patienten

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

<b>Therapiegerät</b>	<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:	

<b>Geräteinstellungen</b>	<b>Modus</b>	EPAP	MinEPAP	MaxEPAP	MinDU	MaxDU	MaxRampe	StartEPAP	SmartStart
	ASV								
	ASV Auto								
	<b>Einstellungsänderung</b>	<input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt. <input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.							

<b>Zubehör</b>	<b>Atemluftbefeuchter</b> Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung	<b>Maske</b> Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske:
	<b>Ausatemsystem</b> Bezeichnung	<input type="checkbox"/> FullFace* <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster

<b>Notiz</b>	
--------------	--

<b>Patient/in</b>	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

<b>Verordner</b>	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 Geräteinstellungen empfohlen: