

# Verordnungsformular Lumis 150

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

<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 Therapiegerät zu bewilligen:

**Stellar 150** bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:

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

VIVISOL

andere Firma

**Einstellungsänderungen**

Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor bzw. von der Fachabteilung durchgeführt.

Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.

**Geräteeinstellungen**

Modus	IPAP	EPAP	AF	Anstiegszeit	Absenkezeit	Ti min	Ti	Ti max	Tg i	Tg e
S										
ST										
T										
APCV										

**Modus**    **Körpergröße** (Min) **EPAP**    **Max EPAP**    **Alv.Zielatem-**    **Alv.Zielvent-**    **AF**    **Anstiegszeit**    **Drucksenkung**    **Tg i**    **Tg e**    **Ti min**    **Ti max**    **Min PS**    **Max PS**

**iVAPS**

**Zubehör**

**Atemluftbefeuchter** Bezeichnung / Seriennummer

**Maske** Bezeichnung / Größe

zur Optimierung der mukozillären Clearance

Patient/in neigt zu ausgetrockneten Atemwegen

FullFace\* → Patient/in benötigt eine Vollgesichtsmaske

Nasal

Nasenpolster

Patient/in ist Mundatmer

auf Grund der Gesichtsanatomie

Nasenmaske verursacht Druckstellen

Leckagen sind nur mit FFM in Griff zu bekommen

auf Grund eingeschränkter Nasalatmung

Zusätzliche Anmerkung \_\_\_\_\_

**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

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen:



**Patientendaten**

Vor- und Zuname	Versicherungsnummer	Geburtsdatum (dd/mm/yy)
	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Bemerkung		

**Alarmeinstellungen**

**Alarmgrenzen**

alle Alarmer aus	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
MV Tief	
starke Leckage	
Maske ohne Luftauslass	
Apnoe	

**Geräteeinstellung**

Alarmlautstärke	
-----------------	--

**Optionen**

Smart Start/Stop	
Max Rampe	
Start EPAP	

**Inbetriebnahmetest**

**Notizen**