



Patientendaten (bitte füllen Sie die Daten vollständig und in Blockbuchstaben aus)

Vor- und Zuname		Krankenkasse			
PLZ	Ort	Versicherungsnummer		Geburtsdatum (dd/mm/yy)	
Strasse	Telefonnummer Patient		Entlassung am		
Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)		Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer			

Ärztliche Verordnung Erstverordnung Umverordnung* Einstellungsänderung

*ggf. medizinische Begründung für eine Umverordnung

Therapiegerät Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Ventimotion 2 (Seriennummer)	Atemluftbefeuchter VentiClick	Maske* (Bezeichnung / Größe)
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> <small>Bitte ankreuzen, wenn verordnet.</small>	<input type="text"/>
Sauerstoffzuschaltventil VentiO₂ (SNr.)	*ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Externer Akku VentiPower (SNr.)	Bemerkung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Geräteeinstellungen Für den oben genannten Patienten wurden folgende Geräteeinstellungen vorgenommen:

Modus	IPAP	EPAP	AF	Druckanstieg	Air Trap Control	Volumen-kompensation	Softst.	Tg I Sensitivität	Tg E Sensitivität	Tg Sperrzeit	xTi/T (I:E)
ST	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Timed	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>
Bemerkung		<input type="text"/>									

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

<input type="text"/>	AHI <input type="text"/>
----------------------	--------------------------

Hiermit bestätige ich den Erhalt o.g. Geräte / Zubehör inklusive Gebrauchsanweisung und Reinigungsanleitung sowie die Einweisung in diese.

Unterschrift Patient / Angehöriger / Sachwalter	Datum	<input type="text"/>
Telefonnummer der Abteilung / Name Ansprechpartner	Datum	

VIVISOL Heimbehandlungsgeräte Ges.m.b.H.

Richard Strauss-Straße 10
A-1230 Wien · Austria
t +43 1 524 62 83
f +43 1 524 16 42
e office@vivisol.at
www.vivisol.at

Service Nummer für Erstbestellungen
Mo-Do 08:00-17:00
Fr 08:00-15:00
t +43 1 524 62 83 - 702