



# Verordnungsformular BiLevel S/ST Telemedizin

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 Therapiegerät</b> (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller:		
<input type="checkbox"/> <b>Atemhilfsmittel Seriennummer</b> bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:		<input checked="" type="checkbox"/> <b>AirView Modul (S9) Seriennummer od. Device-Nr. (AirSense)</b>
<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

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

Patient erhält den ClimateLineAir™ Oxy

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. Ich erkläre mein Einverständnis zur Teilnahme am Therapiemanagement mit AirView gemäß umseitiger Information.

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:



## **Patienteninformation zur Teilnahme am Therapiemanagement mit AirView.**

### **Was ist AirView?**

AirView ist eine Onlineanwendung, mit dem Ihr behandelndes Schlaflabor und VIVISOL Ihre Therapie zu medizinischen Zwecken online begleiten und optimieren kann. Dazu werden tagsüber automatisch Daten von Ihrem Schlaftherapiegerät über ein privates Mobilfunknetzwerk an einen Server gesendet.

### **Welche Daten werden mit AirView übertragen?**

AirView überträgt Informationen wie zum Beispiel Nutzungsstunden, Maskenleckagen, Druckverlauf, Apnoe-/Hypopnoeindex (AHI), Therapiemodus und -druck und Seriennummer des Kommunikationsmoduls. Diese Daten sind anonymisiert und enthalten somit keine persönlichen Informationen wie Ihren Namen oder Ihre Adresse. Sie werden erst in der Darstellung für die Analyse und Bewertung miteinander verknüpft.

### **Wer hat Zugriff auf die Daten und zu welchem Zweck?**

Nur Ihr behandelndes Schlaflabor und VIVISOL haben Zugriff auf Ihre Daten. VIVISOL verwaltet die Zugriffsberechtigungen und entscheidet welche Information wer und zu welchem Zweck abrufen und nutzen kann. Dies sind zum Beispiel die Analyse und Bewertung Ihrer Behandlung aus medizinischer Sicht, zur optimalen Betreuung und gegebenenfalls zur Anpassung von Geräteeinstellungen. Das System wird von ResMed, dem Hersteller Ihres Schlaftherapiegerätes bereitgestellt und betrieben. ResMed hat keinen Zugriff auf Ihre persönlichen Informationen.

### **Teilnahme am Therapiemanagement mit AirView.**

Mit dem Einverständnis zur Teilnahme genehmige ich die Erfassung, Verarbeitung und Verwendung meiner Daten, sowie deren Speicherung auf einem Server.

Dieser Server steht in Frankreich und wird von einem Drittunternehmen betrieben, welches eine Lizenz für das Hosting personenbezogener Gesundheitsdaten entsprechend den geltenden europäischen, deutschen und österreichischen Gesetzen hat.

Mir ist bewusst, dass es durch die elektronische Übertragung über öffentlich Netzwerke zu Zugriffen unbefugter Dritter auf anonymisierte Daten kommen kann. VIVISOL kann nicht für Schäden aufgrund des Abfangens jeglicher Kommunikationen oder anderer verwandter Verstöße gegen Vorschriften zum Schutz persönlicher Daten haftbar gemacht werden. Mir wurde AirView genau erläutert und meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.

Die Teilnahme, Nichtteilnahme oder ein späterer Widerruf hat keinerlei Einfluss auf meine Behandlung. Ich kann mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zudem habe ich das Recht auf Zugriff, Korrektur und Löschung meiner Patientendaten in AirView.

Dazu muss ich mich unter Tel. +43 1 524 62 83 oder per email [info@vivisol.at](mailto:info@vivisol.at) an VIVISOL wenden.

Sollten Sie Fragen dazu haben, wenden Sie sich bitte an:

**VIVISOL Heimbehandlungsgeräte GmbH**

**Tel. +43 1 524 62 83**