



VIVISOL
Home Care Services

Verordnungsformular BiLevel S/ST

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

☐ Erstverordnung ☐ Weiterverordnung ☐ Umverordnung

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.

E-Mail an:
frontoffice@vivisol.at
DaMe: ME294882
Vielen Dank!

Bitte vollständig ausfüllen

Patientendaten	Vor- und Zuname		Geschlecht		Krankenkasse	
	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D		<input type="text"/>	
Diagnose	PLZ		Ort		Versicherungsnummer	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Therapiegerät	Strasse		Entlassungsdatum		Telefonnummer des Patienten	
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Geräteeinstellungen	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)		Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer			
	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Zubehör	Die Indikationsdiagnose, sowie alle notwendigen Indikationsbefunde wurden entsprechend den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie erstellt und dokumentiert.		AHI			
Notiz	BiLevel S		BiLevel ST			
	<input type="checkbox"/> Air Curve 10 S <input type="checkbox"/> Air Curve 11 S		<input type="checkbox"/> Air Curve 10 ST <input type="checkbox"/> Air Curve 11 ST			
Patient/in	<input type="checkbox"/> Sonstiges Therapiegerät (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller:		<input type="text"/>			
	<input checked="" type="checkbox"/> Atemhilfsmittel Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:		<input type="text"/>			
Verordner	<input type="checkbox"/> Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff					
Anspruchspartner Institution / Ordination	Modus		EPAP		IPAP	
	AF		DU		Druckanstieg	
Telefonnummer der Station	Ti. min.		Ti. max.		Ti.	
	Tg I.		Tg E.		Max. Rampe	
Datum / Ort	Start EPAP		Smart-start		Lackage Alarm	
Unterschrift und Stempel / Verordner	Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung		Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske:			
	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Einstellungsänderung	<input type="checkbox"/> Patient erhält den ClimateLineAir™ Oxy		<input type="checkbox"/> FullFace* <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster			
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 / Erwachsenenvertreter			
	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Anspruchspartner Institution / Ordination	Telefonnummer der Station		Datum / Ort			
	<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Telefonnummer der Station	Datum / Ort		Unterschrift und Stempel / Verordner			
	<input type="text"/>		<input type="text"/>			

VIVISOL
Heimbehandlungsgeräte Ges.m.b.H.
Richard Strauss-Straße 10
1230 Wien · Austria
t +43 1 524 62 83
f +43 1 524 16 42
e frontoffice@vivisol.at
www.vivisol.at

Wir sind für Sie da
Mo-Do 08:00-17:00
Freitag 08:00-15:00

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

SOLGROUP
a breath of life