



# 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

<p><b>Patientendaten</b></p> <p>Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:</p> <p>Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteneinstellungen empfohlen:</p>	Vor- und Zuname			Geschlecht			Krankenkasse																																																														
	<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> D	<input type="text"/>																																																														
	PLZ	Ort	<input type="text"/>			Versicherungsnummer			<input type="text"/>																																																												
	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			Geburtsdatum (dd/mm/yy)																																																											
	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>																																																											
	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>																																																											
<p><b>Diagnose</b></p> <p>Die Indikationsdiagnose, sowie alle notwendigen Indikationsbefunde wurden entsprechend den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie erstellt und dokumentiert.</p> <p><b>AHI</b></p>	<input type="text"/>			<input type="text"/>			<input type="text"/>																																																														
	<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																																																											
	<input type="checkbox"/> Sonstiges Therapiegerät (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller:			<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> Atemhilfsmittel Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:			<input type="text"/>																																																											
	<input type="checkbox"/> Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff			<input type="text"/>			<input type="checkbox"/> Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff			<input type="text"/>																																																											
	<input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt.			<input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.			<input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt.			<input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.																																																											
	<input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt.			<input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.			<input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt.			<input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.																																																											
<p><b>Therapiegerät</b></p> <p><b>Geräteeinstellungen</b></p> <p><b>Zubehör</b></p> <p><b>Notiz</b></p> <p><b>Patient/in</b></p> <p><b>Verordner</b></p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Modus</th> <th>EPAP</th> <th>IPAP</th> <th>AF</th> <th>DU</th> <th>Druckanstieg</th> <th>Ti. min.</th> <th>Ti. max.</th> <th>Ti.</th> <th>Tg I.</th> <th>Tg E.</th> <th>Max. Rampe</th> <th>Start EPAP</th> <th>Smart-start</th> <th>Lackage Alarm</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Spont</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/> aus / 10</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ST</td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Timed</td> <td><input type="text"/></td> </tr> </tbody> </table>												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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> aus / 10	<input type="text"/>	ST	<input type="text"/>	Timed	<input type="text"/>																																	
	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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> aus / 10	<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"/>																																																							
	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"/>	<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"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																							
	<p><b>Atemluftbefeuchter</b> Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Patient erhält den ClimateLineAir™ Oxy</p>																																																																				
<p><b>Maske</b> Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske:</p> <p><input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> FullFace* <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster</p>																																																																					
<p><b>Einstellungsänderung</b></p> <p><input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt.</p> <p><input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.</p>																																																																					
<p><b>Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt oben genannter Geräte / Zubehör inklusive Gebrauchsanweisung und Reinigungsanleitung sowie die Einweisung in diese.</b></p>																																																																					
<p>Datum / Ort <input type="text"/></p> <p>Unterschrift Patient / Angehöriger / Erwachsenenvertreter <input type="text"/></p>																																																																					
<p>Ansprechpartner Institution / Ordination <input type="text"/></p> <p>Telefonnummer der Station <input type="text"/> Datum / Ort <input type="text"/></p> <p>Unterschrift und Stempel / Verordner <input type="text"/></p>																																																																					

## 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](http://www.vivisol.at)

VF13860-V1

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.