



Verordnungsformular Prisma Vent 30/40

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

Patientendaten	Vor- und Zuname	Geschlecht	Krankenkasse
	PLZ	Ort	Geburtsdatum (dd/mm/yy)
	Strasse	Entlassungsdatum	Telefonnummer des Patienten
	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer	

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

Therapiegerät	<input type="checkbox"/> Prisma Vent 30	<input type="checkbox"/> Prisma Vent 40	Einstellungen auf der Rückseite
	<input type="checkbox"/> Sonstiges Therapiegerät (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller:		
	<input checked="" type="checkbox"/> Atemhilfsmittel Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:		

Zubehör	Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung	Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske
	<input type="checkbox"/> FullFace* <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster	

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 / Erwachsenenvertreter

Verordner	Ansprechpartner Institution / Ordination		Unterschrift und Stempel / Verordner
	Telefonnummer der Station	Datum / Ort	

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

VIVISOL ist verpflichtet - im Falle der Verordnung eines Therapiegerätes auch Depotgeräte einzusetzen.
Bitte beachten Sie die Rückseite





Patient/in

Patientendaten (bitte übertragen Sie die Daten von Seite 1)

Versicherungsnummer

Geburtsdatum (dd/mm/yy)

Einstellwerte

Programm 1

Programm 1 Name:

BEATMUNGS-PARAMETER	MODI LECKAGESYSTEM							
					MODI VENTILSYSTEM			
	CPAP	S	ST	auto-ST	T	aPCV	PSV	PCV
CPAP								
IPAP								
PEEP/EPAP								
F								
Feste Hintergrundfrequenz 5 1/min								
Ti								
Ti min								
Ti max								
Ti timed								
Trigger								
Zielvolumen								
Druckanstieg Inspiratorisch bzw. Expiratorisch								
AirTrap Control								
EPAP min								
EPAP max								
Pinsp								
autoF								
Alarme								

Alarme	Wert
Leckage hoch	
Druck niedrig	
Druck hoch	
VT niedrig	
VT hoch	
Frequenz niedrig	
Frequenz hoch	

Alarme	Wert
MV niedrig	
MV hoch	
SpO ₂ niedrig	
SpO ₂ hoch	
Puls niedrig	
Puls hoch	