



Verordnungsformular Schlafapnoetherapie

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Erstverordnung Weiterverordnung Umverordnung

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.

Fax an:
04242 4308304
Vielen Dank!
Filiiale Villach

Bitte vollständig ausfüllen

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

Diagnose

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

AHI

Therapiegerät	Gerät + Modus	Notizen						
	<table> <tr> <td>AirSense 11 AutoSet</td> <td>AirSense 10 AutoSet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CPAP</td> <td><input type="checkbox"/> CPAP</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AutoSet</td> <td><input type="checkbox"/> AutoSet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AutoSet for Her</td> <td></td> </tr> </table> <p>Atemhilfsmittel Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:</p>		AirSense 11 AutoSet	AirSense 10 AutoSet	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> AutoSet	<input type="checkbox"/> AutoSet
AirSense 11 AutoSet	AirSense 10 AutoSet							
<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> CPAP							
<input type="checkbox"/> AutoSet	<input type="checkbox"/> AutoSet							
<input type="checkbox"/> AutoSet for Her								

Geräteeinstellungen	Therapiedruck	EPR-Stufe	Rampe	Smart Start	Einstellungsänderung
	<input type="checkbox"/> Max. Druck [hPa] <input type="checkbox"/> (Min.) Druck wenn CPAP [hPa]	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> AutoRampe <input type="checkbox"/> Rampe [min.] <input type="checkbox"/> Startdruck [hPa]	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt. <input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.
	AutoSet-Reaktion	EPR Typ			
	<input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sanft	<input type="checkbox"/> Nur Rampe <input type="checkbox"/> Vollzeit			

Zubehör	Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer	Maske Bezeichnung / Größe
	<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	Datum / Ort	Unterschrift und Stempel / Verordner
	Telefonnummer der Station		

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen: