



# Verordnungsformular Schlafapnoetherapie

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Fax an:  
**04242 4308304**  
Vielen Dank!  
Filiale Villach

- Erstverordnung**    **Weiterverordnung**    **Umverordnung** ggf. medizinische Begründung im Feld Notiz  
 **Wechsel des Leistungserbringers** >  auf Patientenwunsch    aus Anlass des Verordners

Bitte vollständig ausfüllen

<b>Patientendaten</b>	Vor- und Zuname	Geschlecht	Krankenkasse
	PLZ	Ort	Versicherungsnummer
	Strasse	Entlassungsdatum	Geburtsdatum (dd/mm/yy)
	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

**Wechsel**

**Bisheriger Leistungserbringer**  
Firmenname

**Rückgabe Therapiegerät & Luftbefeuchter**  
Bezeichnung/Seriennummer

CPAP	APAP
<input type="checkbox"/> Air Sense 10 Elite	<input type="checkbox"/> Air Sense 10 AutoSet <input type="checkbox"/> Air Sense 10 AutoSet for Her
<input type="checkbox"/> <b>Sonstiges Therapiegerät</b> (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller: <input type="text"/>	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Atemhilfsmittel Seriennummer</b> bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff	

**Geräteeinstellungen**

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

**Zubehör**

**Atemluftbefeuchter** Bezeichnung / Seriennummer \*ggf. medizinische Begründung

Patient erhält den ClimateLineAir™ Oxy \*ggf. medizinische Begründung

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

FullFace\*    Nasal    Nasenpolster

**Notiz**

**Patient/in**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt oben genannter Geräte / Zubehör inklusive Gebrauchsanweisung und Reinigungsanleitung sowie die Einweisung in diese.

Im Falle eines Wechsels des Leistungserbringers bestätige ich hiermit die Rückgabe des Altgerätes.

Datum / Ort

Unterschrift Patient / Angehöriger / Erwachsenenvertreter

**Verordner**

Anspruchspartner Institution / Ordination

Telefonnummer der Station  Datum / Ort

Unterschrift und Stempel / Verordner

Bitte ausfüllen im Falle eines Wechsels des Leistungserbringers

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen: