



Verordnungsformular Lumis 150

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Erstverordnung Weiterverordnung Umverordnung

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.



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 / Sachwalter / Telefonnummer	Telefonnummer des Patienten

Diagnose

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

Therapiegerät

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Therapiegerät zu bewilligen:

Lumis 150 bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:

Seriennummer

Patient benötigt zusätzlich Sauerstoff: ___ l/min.

VIVISOL
 andere Firma

Einstellungsänderungen

Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor bzw. von der Fachabteilung durchgeführt.

Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.

Modus	IPAP	EPAP	AF	Anstiegszeit	Ti min	Ti	Ti max	Tg i	Tg e
S	<input type="text"/>								
ST	<input type="text"/>								
T	<input type="text"/>								
APCV	<input type="text"/>								

Modus	Körpergröße	(Min)EPAP	Max EPAP	Alv.Zielatem- frequenz	Alv.Zielvent- bereich	AF	Anstiegszeit	Tg i	Tg e	Ti min	Ti max	Min PS	Max PS
iVAPS	<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"/>

Zubehör

Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer

Maske Bezeichnung / Größe

Patient/in benötigt einen Atemluftbefeuchter

zur Optimierung der mukoziliären Clearance

Patient/in neigt zu ausgetrockneten Atemwegen

Zusätzliche Anmerkung _____

FullFace* → Patient/in benötigt eine Vollgesichtsmaske

Nasal

Nasenpolster

Patient/in ist Mundatmer

auf Grund der Gesichtsanatomie

Nasenmaske verursacht Druckstellen

Leckagen sind nur mit FFM in Griff zu bekommen

auf Grund eingeschränkter Nasalatmung

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 / Sachwalter

Verordner

Ansprechpartner Institution / Ordination

Telefonnummer der Station

Datum / Ort

Unterschrift und Stempel / Verordner

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen



Patientendaten	Vor- und Zuname	Versicherungsnummer	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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Bemerkung			
<input type="text"/>			

Alarmeinstellungen	Alarmgrenzen	
	alle Alarme aus	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
	MV Tief	<input type="text"/>
	starke Leckage	<input type="text"/>
	Maske ohne Luftauslass	<input type="text"/>
	Apnoe	<input type="text"/>
	Geräteeinstellung	
	Alarmlautstärke	<input type="text"/>
	Optionen	
	Smart Start/Stop	<input type="text"/>
Max Rampe	<input type="text"/>	
Start EPAP	<input type="text"/>	

Inbetriebnahmetest	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------

Notizen	<input type="text"/>
----------------	----------------------