

Verordnungsformular Stellar 150

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Erstverordnung Weiterverordnung Umverordnung

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.

Fax an:
01/5241642
Vielen Dank!
Zentrale Wien

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:

Stellar 150 bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:

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.

Geräteeinstellungen

Modus	IPAP	EPAP	AF	Anstiegszeit	Absenkezeit	Ti min	Ti	Ti max	Tg i	Tg e
S										
ST										
T										
APCV										

Modus **Körpergröße** **(Min)EPAP** **Max EPAP** **Alv.Zielatem-** **Alv.Zielvent-** **AF** **Ansteigszeit** **Absenkezeit** **Tg i** **Tg e** **Ti min** **Ti max** **Min PS** **Max PS**

iVAPS

Zubehör

Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer

Maske Bezeichnung / Größe

zur Optimierung der mukozillären Clearance

Patient/in neigt zu ausgetrockneten Atemwegen

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

Zusätzliche Anmerkung _____

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

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 style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
Bemerkung		

Alarmeinstellungen

Alarmgrenzen

alle Alarme aus	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
MV Tief	
starke Leckage	
Maske ohne Luftauslass	
Druck Hoch	
Druck Tief	
Frequenz Hoch	
Frequenz Tief	
Apnoe	

Geräteeinstellung

Alarmlautstärke	
O ₂ Sensor Kalibrierung	

Optionen

Beatmungszugang	
Smart Start/Stop	
Max Rampe	
Start EPAP	

Inbetriebnahmetest

Notizen