



Verordnungsformular myAIRVO2

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Erstverordnung Weiterverordnung Umverordnung

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.



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.

Therapiegerät

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Nasale Highflow Therapiegerät zu bewilligen:

Erwachsener Kind

myAirvo2 Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:

Patient benötigt zusätzlich Sauerstoff: ____ l/min.

VIVISOL

andere Firma

Erwachsene			Kinder	
Flowbereich	Temperatur	<input type="checkbox"/> 31°C <input type="checkbox"/> 34°C <input type="checkbox"/> 37°C	Flowbereich	Temperatur <input checked="" type="checkbox"/> 34°C
Paket 1	Paket 2	Paket 3	Paket 4	
Hoher Flowbedarf Klinikversion	Hoher Flowbedarf Homecareversion	Niedriger Flowbedarf Homecareversion	Kinder und Jugendliche	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Optiflow Nasenkanüle <input type="checkbox"/> Small (X82170) <input type="checkbox"/> Medium (X82169) <input type="checkbox"/> Large (X82168)	Optiflow Nasenkanüle <input type="checkbox"/> Small (X82170) <input type="checkbox"/> Medium (X82169) <input type="checkbox"/> Large (X82168)	Optiflow Nasenkanüle <input type="checkbox"/> Small (X82170) <input type="checkbox"/> Medium (X82169) <input type="checkbox"/> Large (X82168)	Optiflow Junior Nasenkanüle <input type="checkbox"/> Kind (X23584) <input type="checkbox"/> Kleinkind (X23585)	
Schlauch und Kammerst EW (X86804) Sterilwasser (X102061) _____ Stk.	Schlauch und Kammerst EW (X86804) Wasserbeutel (X83167)	Schlauch (X23594) Mehrwegwasserkammer (X103353)	Schlauch und Kammerst Junior (X86804) Sterilwasser (X102061) _____ Stk.	
Optional			Optional	
<input type="checkbox"/> Tischständer (X86806)	<input type="checkbox"/> Sauerstoffzufuhr Kit mit Verlängerung (X82184)	<input type="checkbox"/> Luftfilter 2 Stk. (X21815)	<input type="checkbox"/> Sauerstoffzufuhr Kit mit Verlängerung (X82184)	
<input type="checkbox"/> Klinikständer (X83497)	<input type="checkbox"/> Optiflow Schlauchset für Vernebler (X102784) <i>off Label Use Schreiben notwendig</i>		<input type="checkbox"/> JuniorLowFlow Sauerstoffzufuhrschlauch Adapter (X83927)	
<input type="checkbox"/> Halterung (X83496)			<input type="checkbox"/> Luftfilter 2 Stk. (X21815)	
<input type="checkbox"/> Optiflow Tracheostomie Direktanschluss (X21223)			<input type="checkbox"/> Wigglepads Optiflow Junior (X21264) (20 Stk./Packung) _____ Pkg.	

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. Wir bitten außerdem bei dem Patienten folgendes Paket zu bewilligen:

Bitte vollständig ausfüllen

Bitte ankreuzen