

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

Therapiegerät

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Therapiegerät zu bewilligen:

Clearway 2 Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner: Externer Akku Seriennummer Richtwert lt. DGP S2 Leitlinie (PCF <-270 l/min.)

Zubehör	Wir bitten für den oben genannten Patienten folgendes Zubehör zu bewilligen: Bitte bei nichtinvasiven Patienten immer Maske plus Schlauchset verordnen.	Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen:				
	Maske Erwachsene Größe XL / Artikelnr. X101619 <input type="checkbox"/> Stk.	Geräteeinstellung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Maske Erwachsene Größe L / Artikelnr. X101618 <input type="checkbox"/> Stk.	Modus	<input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Basis Auto <input type="checkbox"/> Programmiert	<input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Basis Auto <input type="checkbox"/> Programmiert	<input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Basis Auto <input type="checkbox"/> Programmiert	<input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Basis Auto <input type="checkbox"/> Programmiert
	Maske Erwachsene Größe M / Artikelnr. X101617 <input type="checkbox"/> Stk.	INS Atemzüge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Maske Erwachsene Größe S / Artikelnr. X101616 <input type="checkbox"/> Stk.	INS Typ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Maske Neugeborene / Artikelnr. X101613 <input type="checkbox"/> Stk. <small>+Adapter / Artikelnr. X102769</small>	Rekrutierungsatemzüge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Maske Säugling / Artikelnr. X101614 <input type="checkbox"/> Stk. <small>+Adapter / Artikelnr. X102769</small>	Behandlungszyklen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Maske Kind / Artikelnr. X101615 <input type="checkbox"/> Stk.	Ins Trigger (off,1-10)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Mundstück gerade, VE=10 Stück / Artikelnr. X101610 <input type="checkbox"/> Stk.	Insufflation (cm H₂O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Schlauchsystem mit Bakterienfilter/Artikelnr. X101609 <input type="checkbox"/> Stk. <small>(auch für Trachostomie-Anschluss geeignet)</small>	Anstieg (1-10)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Invasives Zubehör	Einatmungszeit (Ti)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bakterienfilter / Artikelnr. X101612, VE=10Stk. <input type="checkbox"/> Pak.	Exsufflation (cm H₂O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gänsesegel / Artikelnr. X101611, VE=10St. <input type="checkbox"/> Pak.	Ausatmungszeit (Te)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NIV/ IPPB Zubehör	Pausendauer (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NIV IPPB Schlauchsystem / Artikelnr. X101301 <input type="checkbox"/> Pak. VE=10Stk.	Oszillation	<input type="checkbox"/> Einatmen <input type="checkbox"/> Ausatmen <input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> Einatmen <input type="checkbox"/> Ausatmen <input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> Einatmen <input type="checkbox"/> Ausatmen <input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> Einatmen <input type="checkbox"/> Ausatmen <input type="checkbox"/> AUS	
Einstellungsänderungen	Frequenz (Hz)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits von der Fachabteilung durchgeführt.	INS (cm H₂O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.	EXS (cm H₂O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Notiz						

Verordner	Ansprechpartner Institution / Ordination	Unterschrift und Stempel / Verordner
	Telefonnummer der Station Datum / Ort	