



# Verordnungsformular Cough Assist E70

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

<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 / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer	Telefonnummer des Patienten

**Therapiegerät**

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Therapiegerät zu bewilligen:

**Cough Assist E 70** Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:  Externer Akku Seriennummer  Richtwert lt. DGP S2 Leitlinie (PCF ~ <270 l/min.)

<b>Zubehör</b>	Wir bitten für den oben genannten Patienten folgendes Zubehör zu bewilligen:	<b>Geräteeinstellungen</b>
	<p><b>Paket Erwachsene Größe L / Artikelnr. X22799</b> <input type="text"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)</p> <p><b>Paket Erwachsene Größe M / Artikelnr. X22823</b> <input type="text"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)</p> <p><b>Paket Erwachsene Größe S / Artikelnr. X22824</b> <input type="text"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)</p> <p><b>Paket Kleinkinder / Artikelnr. X22826</b> <input type="text"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)</p> <p><b>Paket Kinder / Artikelnr. X22825</b> <input type="text"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)</p> <p><b>Mundstückset / Artikelnr. X22797</b> <input type="text"/> Stk.</p> <p><b>Tracheostomie-Anschlussset / Artikelnr. X22798</b> <input type="text"/> Stk.</p> <p><b>Invasives Zubehör</b></p> <p><b>Bakterienfilter / Artikelnr. X101625</b> <input type="text"/> Stk.</p> <p><b>Gänsegurgel / Artikelnr. X102068</b> <input type="text"/> Stk.</p>	

**Einstellungsänderungen**

Änderungen wurden bereits von der Fachabteilung durchgeführt.

Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.

**Notiz**

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

Geräteeinstellungen