



Patientendaten (bitte füllen Sie die Daten vollständig und in Blockbuchstaben aus)

Vor- und Zuname		Krankenkasse			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
PLZ	Ort	Versicherungsnummer		Geburtsdatum (dd/mm/yy)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Strasse		Telefonnummer Patient		Entlassung am	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)		Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			

Ärztliche Verordnung

Erstverordnung

Einstellungsänderung

Umverordnung*

*ggf. medizinische Begründung für eine Umverordnung

Maske Wir bitten bei oben genannten Patienten folgende Maske zu bewilligen:

Maske (Bezeichnung)	Maske (Seriennummer)	Maske (Größe)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Maskentyp (bitte ankreuzen)

- Nasenolivenmaske
- Nasenmaske
- Vollgesichtsmaske - FFM*

*Medizinische Begründung für Vollgesichtsmaske

Verordnetes Gerät (Bezeichnung / SNr.)

Ausatemsystem (Bezeichnung / SNr.)

Details

Hiermit bestätige ich den Erhalt o.g. Maske / Zubehör sowie die Einweisung in die Pflege.

Zudem bestätige ich Hilfsmittel und Zubehör in einwandfreiem und betriebsfähigen Zustand erhalten zu haben.

Unterschrift Patient / Angehöriger / Erwachsenenvertreter	Datum	
Telefonnummer der Abteilung / Name Ansprechpartner	Datum	

VIVISOL
Heimbehandlungsgeräte Ges.m.b.H.

Purtscherstraße 18
9500 Villach · Austria
t +43 4242 43 08 300
f +43 4242 43 08 304
e office@vivisol.at
www.vivisol.at

Servicenummer für Erstbestellungen
Mo-Do 08:00-17:00
Fr 08:00-14:30
t +43 4242 43 08 300