



Verordnungsformular prisma SMART max

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Erstverordnung Weiterverordnung Umverordnung

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.

Fax an:
04242 4308304
Vielen Dank!
Filiale Villach

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 Angehörige*r / Erwachsenenvertreter*in/ Telefonnummer	Telefonnummer des/der Patienten

Diagnose	Die Indikationsdiagnose, sowie alle notwendigen Indikationsbefunde wurden entsprechend den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie erstellt und dokumentiert.
	AHI

Therapiegerät	Modus	Notizen
	<input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> APAP <input type="checkbox"/> Patient*in bekommt zusätzlich Sauerstoff _____ l/min	

Geräteeinstellungen	Therapiedruck	Soft PAP	Rampe	AutoStart	Einstellungsänderung
	<input type="checkbox"/> Max. Druck [hPa]	<input type="checkbox"/> Aus	<input type="checkbox"/> Ein	<input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Aus	<input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlafabor durchgeführt.
	<input type="checkbox"/> (Min.) Druck wenn CPAP [hPa]	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Rampe [min.]		<input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.
		<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Startdruck [hPa]		
	APAP	Soft PAP-Sperre			
	<input type="checkbox"/> Standard	<input type="checkbox"/> Ein			
	<input type="checkbox"/> Dynamisch				

Zubehör	Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer	Maske Bezeichnung / Größe
	medizinische Begründung	<input type="checkbox"/> FullFace <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster

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*in / Angehörige*r / Erwachsenenvertreter*in

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

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen: