VIVISOL
Home Care Services

Verordnungsformular Luisa

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

☐ **Erstverordnung** ☐ **Weiterverordnung** ☐ **Umverordnung**

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.

E-Mail an:
frontoffice@vivisol.at
DaMe: ME294882
Vielen Dank!

Bitte vollständig ausfüllen

Patientendaten

Vor- und Zuname

Geschlecht: M F D

Krankenkasse

PLZ

Ort

Versicherungsnummer

Geburtsdatum *(dd/mm/yy)*

Entlassungsdatum

Telefonnummer des Patienten

Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)

Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer

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 Therapiegerät zu bewilligen:

☐ **Luisa** ☐ **externer Akku**

☐ Patient benötigt zusätzlich Sauerstoff: ____ l/min.
☐ VIVISOL
☐ andere Firma

Zubehör

Zubehör Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Zubehör zu bewilligen:

	Bezeichnung	Stk.	Größe	Seriennummer
Schlauchsystem				
Befeuchterkammer				
Gänsegurgel				
Sterilwasser				
HME-Filter				
Feuchte Nase				
Tracheostomiekanüle				
Innenkanüle				
Haltebänder				
Cuffdruckmesser				
Gerätewagen				
Atemluftbefeuchter				
Absauggerät				
Absaugkatheter				
Pulsoximeter				
Pulsoximetriesensoren				

Zusatzgeräte *(Bezeichnung / SNr.)*

Pulsoximeter Alarmgrenzwerte

SPO_2 oben *(in %)*

Puls oben

SPO_2 unten *(in %)*

Puls unten

Nur bei PM100N

Alarmunterdrückung
☐ Aus ☐ 30s ☐ 60s ☐ 90s ☐ 120s

Alarmverzögerung SatS.
☐ Aus ☐ 10s ☐ 25s ☐ 50s ☐ 100s

Beatmungsbeutel

☐ Peepventil ☐ O_2-Reservoir
☐ Erwachsene ☐ Kinder

Verordner

Ansprechpartner Institution / Ordination

Telefonnummer der Station

Datum / Ort

Unterschrift und Stempel / Verordner

Bitte beachten Sie die Folgeseite mit den Geräteeinstellungen.

VIVISOL
Heimbehandlungsgeräte Ges.m.b.H.
Richard Strauss-Straße 10
1230 Wien · Austria
t +43 1 524 62 83
f +43 1 524 16 42
e frontoffice@vivisol.at
www.vivisol.at

Wir sind für Sie da
Mo-Do 08:00-17:00
Freitag 08:00-15:00

SOLGROUP
a breath of life

VIVISOL
Home Care Services

Verordnungsformular Luisa

Geräteeinstellungen - Folgeblatt

Patientendaten (bitte übertragen Sie die Daten von Seite 1)

Versicherungsnummer ☐☐☐☐ Geburtsdatum *(dd/mm/yy)* ☐☐☐☐☐☐

Patienten Schlauchsystem

☐ Kind ☐ Erwachsener ☐ Invasiv ☐ Nicht-Invasiv

☐ Einschlauch-Ventilsystem ☐ Leckage ☐ Doppelschlauchsystem

Parameter

	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Profil 4
Modus				
IPAP				
PEEP				
Frequenz				
Ti min.				
Ti max.				
Ti timed				
Trigger Insp.				
Insp. Sperrzeit				
Zielvolumen				
IPAP max.				
Geschwindigkeit				
Druckanstieg				
VCV				
VT				
PEEP				
Frequenz				
Ti				
Trigger Insp.				
Insp. Sperrzeit				
MPV p/v				
IPAP				
Ti				
VT				
Trigger Insp.				
Insp. Sperrzeit				
Druckanstieg				
Flow (nur bei HFT)				

Alarmgrenzen

	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Profil 4
Leckage hoch				
Druck niedrig				
Druck hoch				
PEEP hoch				
Vti niedrig				
Vti hoch				
Vte niedrig				
Vte hoch				
Frequenz niedrig				
Frequenz hoch				
MVi niedrig				
MVi hoch				
MVe niedrig				
MVe hoch				
Diskonnektion Patient				

Alarmgrenzen MPV

	Profil 1	Profil 2	Profil 3	Profil4
Apnoe				
VT niedrig				

VIVISOL
Heimbehandlungsgeräte Ges.m.b.H.
Richard Strauss-Straße 10
1230 Wien · Austria
t +43 1 524 62 83
f +43 1 524 16 42
e frontoffice@vivisol.at
www.vivisol.at

Wir sind für Sie da
Mo-Do 08:00-17:00
Freitag 08:00-15:00