



VIVISOL
Home Care Services

Verordnungsformular myAIRVO2

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	Krankenkasse
	PLZ	Ort	Geburtsdatum (dd/mm/yy)
	Strasse	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 Nasale Highflow Therapiegerät zu bewilligen: ☐ Erwachsener ☐ Kind ☒ myAirvo2 Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner: ☐ Patient benötigt zusätzlich Sauerstoff: ____ l/min. ☐ VIVISOL ☐ andere Firma
---------------	--

Einstellungen & Zubehörpakete	Erwachsene	Kinder
	Flowbereich Temperatur ☐ 31°C ☐ 34°C ☐ 37°C	Flowbereich Temperatur ☒ 34°C
	Paket 1 Hoher Flowbedarf Klinikversion ☐ Optiflow Nasenkanüle ☐ Small (X82170) ☐ Medium (X82169) ☐ Large (X82168) Schlauch und Kammer EW (X92171) Sterilwasser (X117622) _____ Stk. Paket 2 Hoher Flowbedarf Homecareversion ☐ Optiflow Nasenkanüle ☐ Small (X82170) ☐ Medium (X82169) ☐ Large (X82168) Schlauch und Kammer EW (X92171) Wasserbeutel (X83167) Paket 3 Niedriger Flowbedarf Homecareversion ☐ Optiflow Nasenkanüle ☐ Small (X82170) ☐ Medium (X82169) ☐ Large (X82168) Schlauch (X23594) Mehrwegwasserkammer (X103353)	Paket 4 Kinder und Jugendliche ☐ Optiflow Junior Nasenkanüle ☐ Kind (X23584) ☐ Kleinkind (X23585) Schlauch und Kammer Junior (X92171) Sterilwasser (X117622) _____ Stk.
	Optional ☐ Tischständer (X86806) ☐ Sauerstoffzufuhr Kit mit Verlängerung (X82184) ☐ Klinikständer (X83497) ☐ Luftfilter 2 Stk. (X21815) ☐ Halterung (X83496) ☐ Optiflow Schlauchset für Vernebler (X102784) off Label Use Schreiben notwendig	Optional ☐ Sauerstoffzufuhr Kit mit Verlängerung (X82184) ☐ JuniorLowFlow Sauerstoffzufuhrschlauch Adapter (X83927) ☐ Luftfilter 2 Stk. (X21815) ☐ Wiggelpads Optiflow Junior (X21264 = 1 Stk.) (20 Stk./Packung) _____ Pkg.

Notiz	☐ Änderungen wurden bereits von der Fachabteilung durchgeführt. ☐ Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.
-------	---

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 / Angehöriger / Erwachsenenvertreter

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

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

Bitte ankreuzen

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen. Wir bitten außerdem bei dem Patienten folgendes Paket zu bewilligen:

VF13529-V1