



Verordnungsformular BiLevel S/ST

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Erstverordnung **Weiterverordnung** **Umverordnung**

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.

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

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 Angehöriger / Erwachsenenvertreter/ Telefonnummer	Telefonnummer des Patienten

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

AHI

BiLevel S		BiLevel ST	
<input type="checkbox"/> Air Curve 10 S	<input type="checkbox"/> Air Curve 11 S	<input type="checkbox"/> Air Curve 10 ST	<input type="checkbox"/> Air Curve 11 ST
<input type="checkbox"/> Sonstiges Therapiegerät (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller:		<input type="checkbox"/> Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff	
<input checked="" type="checkbox"/> Atemhilfsmittel Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:			

Modus	EPAP	IPAP	AF	DU	Druckanstieg	Ti. min.	Ti. max.	Ti.	Tg I.	Tg E.	Max. Rampe	Start EPAP	Smart-start	Lackage Alarm
Spont			aus / 10											
ST														
Timed														

Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung <input type="checkbox"/> Patient erhält den ClimateLineAir™ Oxy	Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske: <input type="checkbox"/> FullFace* <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster
---	---

Notiz

Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor 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 Telefonnummer der Station Datum / Ort	Unterschrift und Stempel / Verordner
---	--------------------------------------

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteinstellungen empfohlen:

VF013-V10-04-03-2025