



**VIVISOL**  
Home Care Services

# Verordnungsformular Sauerstofftherapie

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Erstverordnung  Weiterverordnung  Umverordnung

E-Mail an:  
[frontoffice@vivisol.at](mailto:frontoffice@vivisol.at)  
DaMe: ME294882  
Vielen Dank!

Bitte vollständig ausfüllen

| <b>Patientendaten</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Vor- und Zuname</td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">Geschlecht</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D         </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">PLZ <input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Ort <input style="width: 45%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Versicherungsnummer <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Strasse <input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Entlassungsdatum <input style="width: 20%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Geburtsdatum (dd/mm/yy) <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse) <input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer <input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Telefonnummer des Patienten <input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </table> | Vor- und Zuname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Geschlecht                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Krankenkasse              | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D | <input style="width: 95%;" type="text"/> | PLZ <input style="width: 15%;" type="text"/> | Ort <input style="width: 45%;" type="text"/> | Versicherungsnummer <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> | Strasse <input style="width: 95%;" type="text"/> | Entlassungsdatum <input style="width: 20%;" type="text"/> | Geburtsdatum (dd/mm/yy) <input style="width: 5%;" type="text"/> | Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse) <input style="width: 95%;" type="text"/> | Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer <input style="width: 95%;" type="text"/> |                               |                    | Telefonnummer des Patienten <input style="width: 95%;" type="text"/> |  |                         |  |  |        |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|----------------------------------------------|----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|--|--------|--|--|
| Vor- und Zuname                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Geschlecht                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Krankenkasse                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
| <input style="width: 95%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input style="width: 95%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
| PLZ <input style="width: 15%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Ort <input style="width: 45%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Versicherungsnummer <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
| Strasse <input style="width: 95%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Entlassungsdatum <input style="width: 20%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Geburtsdatum (dd/mm/yy) <input style="width: 5%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
| Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse) <input style="width: 95%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer <input style="width: 95%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Telefonnummer des Patienten <input style="width: 95%;" type="text"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
| <b>Blutgasanalyse</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <p>Bei dem oben genannten Patienten besteht die Indikation zur Sauerstofflangzeittherapie gemäß den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Lungenerkrankungen und Tuberkulose. Die folgenden Blutgaswerte wurden ermittelt:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 15%;">PaO<sub>2</sub> (mmHg)</th> <th style="width: 15%;">SaO<sub>2</sub> (%)</th> <th style="width: 15%;">AaDO (mmHg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;"><b>Ohne O<sub>2</sub>-Gabe</b></td> <td style="text-align: center;">Wachzustand / Ruhe</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Belastung (0,5 Watt/kg)</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Schlaf</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;"><b>Mit O<sub>2</sub>-Gabe</b></td> <td style="text-align: center;">Wachzustand / Ruhe</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Belastung (0,5 Watt/kg)</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Schlaf</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </tbody> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PaO <sub>2</sub> (mmHg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | SaO <sub>2</sub> (%)      | AaDO (mmHg)                              | <b>Ohne O<sub>2</sub>-Gabe</b>                                                   | Wachzustand / Ruhe                       |                                              |                                              | Belastung (0,5 Watt/kg)                                                                                                                                                                 |                                                  |                                                           | Schlaf                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                    |                                                                                                  | <b>Mit O<sub>2</sub>-Gabe</b> | Wachzustand / Ruhe |                                                                      |  | Belastung (0,5 Watt/kg) |  |  | Schlaf |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PaO <sub>2</sub> (mmHg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SaO <sub>2</sub> (%)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | AaDO (mmHg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
| <b>Ohne O<sub>2</sub>-Gabe</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Wachzustand / Ruhe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Belastung (0,5 Watt/kg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Schlaf                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
| <b>Mit O<sub>2</sub>-Gabe</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Wachzustand / Ruhe                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Belastung (0,5 Watt/kg)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Schlaf                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
| <b>Diagnose</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
| <b>Empfehlung</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <p>Sauerstoffbedarf gegeben auch außerhalb des Hauses: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Therapievorschlagn in Ruhe: <input type="checkbox"/> 2 l/min. <input type="checkbox"/> 3 l/min. <input type="checkbox"/> 4 l/min. <input type="checkbox"/> 5 l/min. <input type="checkbox"/> 6 l/min. <input type="checkbox"/> _____ l/min.</p> <p>Therapievorschlagn bei Belastung: <input type="checkbox"/> 2 l/min. <input type="checkbox"/> 3 l/min. <input type="checkbox"/> 4 l/min. <input type="checkbox"/> 5 l/min. <input type="checkbox"/> 6 l/min. <input type="checkbox"/> _____ l/min.</p> <p>Therapievorschlagn bei Nacht: <input type="checkbox"/> 2 l/min. <input type="checkbox"/> 3 l/min. <input type="checkbox"/> 4 l/min. <input type="checkbox"/> 5 l/min. <input type="checkbox"/> 6 l/min. <input type="checkbox"/> _____ l/min.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
| <b>Therapie</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;"><b>LOX</b></p> <p style="text-align: center;">Flüssigsauerstoff VIVILOX</p> <p style="text-align: center;">O<sub>2</sub>-Bedarf ist pro Tag mit mehr als 16 Stunden gegeben</p> <p><input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoffsystem</p> <p>bestehend aus einem Standgerät (Liberator) und einer mobilen Einheit (Sprint, Stroller, HF Stroller, Helios)</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit Continous Flow</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit integriertem Sparsystem</p> <p>Wunschsystem mobile Einheit _____</p> </td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;"><b>KONZ</b></p> <p style="text-align: center;">Sauerstoffkonzentratoren VIVIKONZ</p> <p><input type="checkbox"/> Standkonzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Stand- und mobiler Konzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> mobiler Konzentrator</p> <p>Wunschsystem mobiler Konzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Eclipse 5</p> <p><input type="checkbox"/> Inogen/ Zen-O lite/ Freestyle Comfort      Stufe: _____</p> </td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <p style="text-align: center;"><b>LOX</b></p> <p style="text-align: center;">Flüssigsauerstoff VIVILOX</p> <p style="text-align: center;">O<sub>2</sub>-Bedarf ist pro Tag mit mehr als 16 Stunden gegeben</p> <p><input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoffsystem</p> <p>bestehend aus einem Standgerät (Liberator) und einer mobilen Einheit (Sprint, Stroller, HF Stroller, Helios)</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit Continous Flow</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit integriertem Sparsystem</p> <p>Wunschsystem mobile Einheit _____</p> | <p style="text-align: center;"><b>KONZ</b></p> <p style="text-align: center;">Sauerstoffkonzentratoren VIVIKONZ</p> <p><input type="checkbox"/> Standkonzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Stand- und mobiler Konzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> mobiler Konzentrator</p> <p>Wunschsystem mobiler Konzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Eclipse 5</p> <p><input type="checkbox"/> Inogen/ Zen-O lite/ Freestyle Comfort      Stufe: _____</p> |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
| <p style="text-align: center;"><b>LOX</b></p> <p style="text-align: center;">Flüssigsauerstoff VIVILOX</p> <p style="text-align: center;">O<sub>2</sub>-Bedarf ist pro Tag mit mehr als 16 Stunden gegeben</p> <p><input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoffsystem</p> <p>bestehend aus einem Standgerät (Liberator) und einer mobilen Einheit (Sprint, Stroller, HF Stroller, Helios)</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit Continous Flow</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit integriertem Sparsystem</p> <p>Wunschsystem mobile Einheit _____</p> | <p style="text-align: center;"><b>KONZ</b></p> <p style="text-align: center;">Sauerstoffkonzentratoren VIVIKONZ</p> <p><input type="checkbox"/> Standkonzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Stand- und mobiler Konzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> mobiler Konzentrator</p> <p>Wunschsystem mobiler Konzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Eclipse 5</p> <p><input type="checkbox"/> Inogen/ Zen-O lite/ Freestyle Comfort      Stufe: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
| <b>Verordner</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">Ansprechpartner Institution / Ordination</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Telefonnummer der Station</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Datum / Ort</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">Unterschrift / Stempel / Verordner</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Ansprechpartner Institution / Ordination                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | Telefonnummer der Station | Datum / Ort                              |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
| Ansprechpartner Institution / Ordination                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
| Telefonnummer der Station                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Datum / Ort                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                           |                                          |                                                                                  |                                          |                                              |                                              |                                                                                                                                                                                         |                                                  |                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                    |                                                                                                  |                               |                    |                                                                      |  |                         |  |  |        |  |  |

Bitte faxen Sie dieses Verordnungsformular Sauerstofftherapie unterzeichnet an: 01 / 524 16 42  
Original Verordnungsformulare für Patienten der SGK und BKK Wiener Verkehrsbetriebe  
bitte per Post an Vivisol. Adresse siehe Signatur.