



VIVISOL
Home Care Services

Verordnungsformular Clearway 2 (Hustenassistent)

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

☐ Erstverordnung ☐ Weiterverordnung ☐ Umverordnung

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz

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

Bitte vollständig ausfüllen

Patientendaten

Vor- und Zuname		Geschlecht		Krankenkasse	
		M F D			
PLZ	Ort	Versicherungsnummer		Geburtsdatum (dd/mm/yy)	
Strasse		Entlassungsdatum		Telefonnummer des Patienten	
Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)		Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer			

Therapiegerät

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Therapiegerät zu bewilligen:

☒ **Clearway 2 Seriennummer** bei Ausgabe an den Patienten durch den Verordner:

Richtwert lt. DGP S2 Leitlinie (PCF ~<270 l/min.)

----------------------	----------------------

Diagnose

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

Zubehör

Wir bitten für den oben genannten Patienten folgendes Zubehör zu bewilligen:
Bitte bei nichtinvasiven Patienten immer Maske plus Schlauchset verordnen.

Maske Erwachsene Größe XL (rot) / X101619		Stk.
Maske Erwachsene Größe L (orange) / X101618		Stk.
Maske Erwachsene Größe M (grün) / X101617		Stk.
Maske Erwachsene Größe S (gelb) / X101616		Stk.
Maske Neugeborene (hellblau) / X101613 +Adapter / X102769		Stk.
Maske Säugling (grau) / X101614 +Adapter / X102769		Stk.
Maske Kind (weiß) / X101615		Stk.
Mundstück gerade, VE=10 Stück / X101610		Stk.
Schlauchsystem mit Bakterienfilter/X101609 (auch für Trachostomie-Anschluss geeignet) Invasives Zubehör		Stk.
Bakterienfilter / Artikelnr. X101612, VE=10Stk.		Pak.
Clearway 2 Gänsegurgel / Artikelnr. X102638		Stk.
Kinex Erwachsenen Maske Gr. 6 / X90673		Stk.

NIV/ IPPB Zubehör

NIV IPPB Schlauchsystem / Artikelnr. X101301
VE=10Stk Pak.

Einstellungsänderungen

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

Notiz

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen:

Geräteeinstellung	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4
Modus	☐ Manuell ☐ Basis Auto ☐ Programmiert	☐ Manuell ☐ Basis Auto ☐ Programmiert	☐ Manuell ☐ Basis Auto ☐ Programmiert	☐ Manuell ☐ Basis Auto ☐ Programmiert
INS Atemzüge				
INS Typ				
Rekrutierungsatemzüge				
Behandlungszyklen				
Ins Trigger (off,1-10)				
Insufflation (cm H2O)				
Anstieg (1-10)				
Einatmungszeit (Ti)				
Exsufflation (cm H2O)				
Ausatmungszeit (Te)				
Pausendauer (sec.)				
Oszillation	☐ AUS ☐ Einatmen ☐ Ausatmen	☐ AUS ☐ Einatmen ☐ Ausatmen	☐ AUS ☐ Einatmen ☐ Ausatmen	☐ AUS ☐ Einatmen ☐ Ausatmen
Frequenz (Hz)				
INS (cm H2O)				
EXS (cm H2O)				

Geräteeinstellungen

Verordner

Ansprechpartner Institution / Ordination	
Telefonnummer der Station	Datum / Ort

Unterschrift und Stempel / Verordner

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

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

SOLGROUP
a breath of life