



**VIVISOL**  
Home Care Services

# Verordnungsformular Kinex

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            |
|   | <input type="text"/>                                    | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D | <input type="text"/>    |
|   | PLZ   | Ort  | Versicherungsnummer     |
|   | <input type="text"/>                                    | <input type="text"/>   | <input type="text"/>    |
|   | Strasse   | Entlassungsdatum   | Geburtsdatum (dd/mm/yy) |
| <input type="text"/>                                      | <input type="text"/>                                    | <input type="text"/>   |                         |
| Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse) | Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer | Telefonnummer des Patienten  |                         |
| <input type="text"/>                                      | <input type="text"/>                                    | <input type="text"/>   |                         |

|               |   |                      |
|---------------|---|----------------------|
| Therapiegerät | Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Therapiegerät zu bewilligen:  | Diagnose             |
|               | <input type="checkbox"/> <b>Kinex Seriennummer</b><br>bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner: <input type="text"/><br><br>Richtwert lt. DGP S2 Leitlinie<br>(PCF ~<270 l/min.) <input type="text"/> | <input type="text"/> |

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| Zubehör  | Wir bitten für den oben genannten Patienten folgendes Zubehör zu bewilligen:           | Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen:                        |  |  |  |
|  | <b>Kinex Gänsegurgel / Artikelnr. X103362</b> <input type="text"/> Stk.                | <b>Geräteeinstellung</b>   | <input type="checkbox"/> 1   | <input type="checkbox"/> 2   | <input type="checkbox"/> 3   |
|  | <b>Kinex Bakterienfilter / Artikelnr. X103363</b> <input type="text"/> Stk.            | <b>Modus</b>   | <input type="checkbox"/> Manuell<br><input type="checkbox"/> Auto<br><input type="checkbox"/> Sync     | <input type="checkbox"/> Manuell<br><input type="checkbox"/> Auto<br><input type="checkbox"/> Sync     | <input type="checkbox"/> Manuell<br><input type="checkbox"/> Auto<br><input type="checkbox"/> Sync |
|  | <b>Kinex Schlauch 22mm / Artikelnr. X103364</b> <input type="text"/> Stk.              | <b>Druck aus</b>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
|  | <b>Kinex Adapter 22M - 22M / Artikelnr. X103365</b> <input type="text"/> Stk.          | <b>Dauer aus</b>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
|  | <b>Kinex Mundstück / Artikelnr. X103359</b> <input type="text"/> Stk.                  | <b>Druck ein</b>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
|  | <b>Free Aspire Modus:</b>  | <b>Dauer ein</b>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
|  | <b>Kinex Free Aspire Schlauch / Artikelnr. X85711</b> <input type="text"/> Stk.        | <b>Pausendauer</b>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
|  | <b>Kinex Masken:</b>   | <b>Druckanstieg (1-4)</b>  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |
|  | <b>Kinex Kinder Maske Gr. 0 / X103482</b> <input type="text"/> Stk.                    | <b>Zyklen</b>  | <input type="checkbox"/> In<br><input type="text"/> 1-30   | <input type="checkbox"/> In<br><input type="text"/> 1-30   | <input type="checkbox"/> In<br><input type="text"/> 1-30   |
| <b>Kinex Kinder Maske Gr. 1 / X103481</b> <input type="text"/> Stk.      | <b>Vibration</b>   | <input type="checkbox"/> AUS<br><input type="checkbox"/> Einatmen<br><input type="checkbox"/> Ausatmen | <input type="checkbox"/> AUS<br><input type="checkbox"/> Einatmen<br><input type="checkbox"/> Ausatmen | <input type="checkbox"/> AUS<br><input type="checkbox"/> Einatmen<br><input type="checkbox"/> Ausatmen |  |
| <b>Kinex Kinder Maske Gr. 2 / 103360</b> <input type="text"/> Stk.       | <b>Frequenz (Hz)</b>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |  |
| <b>Kinex Kinder Maske Gr. 3 / X91365</b> <input type="text"/> Stk.       | <b>Breite (cmH2O)</b>  | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   | <input type="text"/>   |  |
| <b>Kinex Erwachsenen Maske Gr. 4 / X98376</b> <input type="text"/> Stk.  | <b>Einstellungsänderungen</b>  |  |  |  |  |
| <b>Kinex Erwachsenen Maske Gr. 5 / X103361</b> <input type="text"/> Stk. | <input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits von der Fachabteilung durchgeführt. |  |  |  |  |
| <b>Kinex Erwachsenen Maske Gr. 6 / X90673</b> <input type="text"/> Stk.  | <input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.            |  |  |  |  |

Geräteeinstellungen

|                      |  |                                      |
|----------------------|--|--------------------------------------|
| Verordner            | Ansprechpartner Institution / Ordination | Unterschrift und Stempel / Verordner |
|                      | <input type="text"/>                     |                                      |
|                      | Telefonnummer der Station                |                                      |
| <input type="text"/> | <input type="text"/>                     |                                      |

**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](http://www.vivisol.at)

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

VIVISOL ist verpflichtet - im Falle der Verordnung eines  
Therapiegerätes auch Depotgeräte einzusetzen.

Bitte beachten Sie die Rückseite

**SOLGROUP**  
a breath of life

Patientendaten

Vor- und Zuname

Versicherungsnummer

Geburtsdatum (dd/mm/yy)

## Free Aspire Modus

Stufe

 1-5

Therapiedauer

 00min 01sec - 29min 59sec

P

☐ 1

☐ 2

☐ 3

Notiz

Verordner

Ansprechpartner Institution / Ordination

Telefonnummer der Station

Datum / Ort

Unterschrift und Stempel / Verordner