



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
	PLZ	Ort	Versicherungsnummer
	Strasse	Entlassungsdatum	Geburtsdatum (dd/mm/yy)
	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer	Telefonnummer des Patienten

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

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

Geräteeinstellungen

Einstellungsänderungen

Änderungen wurden bereits von der Fachabteilung durchgeführt.

Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.

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



Patientendaten

Vor- und Zuname Versicherungsnummer Geburtsdatum (dd/mm/yy)

Bitte vollständig ausfüllen

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