



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

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

Therapiegerät	Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Therapiegerät zu bewilligen:	☐ Patient benötigt zusätzlich Sauerstoff: ____ l/min.	☐ VIVISOL	☐ andere Firma
	☒ Lumis 150 bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:	☒ Device-Nr.		

Geräteeeinstellungen	☐ Einstellungsänderungen	☐ Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor bzw. von der Fachabteilung durchgeführt.	☐ Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.											
	Modus	IPAP	EPAP	AF	Anstiegszeit	Ti min	Ti	Ti max	Tg i	Tg e				
	S													
ST														
T														
APCV														
	Modus	Körpergröße	(Min)EPAP	Max EPAP	Alv.Zielatem- frequenz	Alv.Zielvent- bereich	AF	Anstiegszeit	Tg i	Tg e	Ti min	Ti max	Min PS	Max PS
iVAPS														

Zubehör	Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer	Maske Bezeichnung / Größe
	Zusätzliche Anmerkung	☐ FullFace ☐ Nasal

Patient/in	Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt oben genannter Geräte / Zubehör inklusive Gebrauchsanweisung und Reinigungsanleitung sowie die Einweisung in diese.	Datum / Ort	Unterschrift Patient / Angehöriger / Erwachsenenvertreter

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

Patientendaten

Vor- und Zuname

Versicherungsnummer

Geburtsdatum (dd/mm/yy)

Bemerkung

Alarmeinstellungen

Alarmgrenzen

alle Alarmer aus	☐ JA ☐ NEIN
MV Tief	
starke Leckage	
Maske ohne Luftauslass	
Apnoe	

Geräteeinstellung

Alarmlautstärke	
-----------------	----------------------

Optionen

Smart Start/Stop	
Max Rampe	
Start EPAP	

Inbetriebnahmetest

Notizen

Versicherungsnummer

Geburtsdatum (dd/mm/yy)



AirView Modul Seriennummer od. Device-Nr.

Patienteninformation zur Teilnahme am Therapiemanagement mit AirView

Was ist AirView?

AirView ist eine Onlineanwendung, mit dem Ihr behandelndes Schlaflabor und VIVISOL Ihre Therapie zu medizinischen Zwecken online begleiten und optimieren kann. Dazu werden tagsüber automatisch Daten von Ihrem Schlaftherapiegerät über ein privates Mobilfunknetzwerk an einen Server gesendet.

Welche Daten werden an AirView übertragen?

AirView überträgt Informationen wie zum Beispiel Nutzungsstunden, Maskenleckagen, Druckverlauf, Apnoe-/Hypopnoeindex (AHI), Therapiemodus und -druck und Seriennummer des Kommunikationsmoduls. Diese Daten sind anonymisiert und enthalten somit keine persönlichen Informationen wie Ihren Namen oder Ihre Adresse. Sie werden erst in der Darstellung für die Analyse und Bewertung miteinander verknüpft.

Wer hat Zugriff auf die Daten und zu welchem Zweck?

Nur Ihr behandelndes Schlaflabor und VIVISOL haben Zugriff auf Ihre Daten.

VIVISOL verwaltet die Zugriffsberechtigungen und entscheidet welche Information wer und zu welchem Zweck abrufen und nutzen kann. Dies sind zum Beispiel die Analyse und Bewertung Ihrer Behandlung aus medizinischer Sicht, zur optimalen Betreuung und gegebenenfalls zur Anpassung von Geräteeinstellungen.

Das System wird von ResMed, dem Hersteller Ihres Schlaftherapiegerätes bereitgestellt und betrieben.

ResMed hat keinen Zugriff auf Ihre persönlichen Informationen.

Bei etwaigen Therapieproblemen liegt es in der Verantwortung des Patienten, den Leistungserbringer zu informieren, um eine Hilfestellung und Verbesserung der Therapie zu ermöglichen. Durch die Datenübermittlung und die hierdurch entstehende Einsicht in Ihre Therapiedaten entsteht jedoch für den Leistungserbringer weder eine Pflicht, Ihre Daten zu überwachen, noch aufgrund der Daten irgendwelche Handlungen vorzunehmen.

Teilnahme am Therapiemanagement mit AirView.

Mit dem Einverständnis zur Teilnahme genehmige ich die Erfassung, Verarbeitung und Verwendung meiner Daten, sowie deren Speicherung auf einem Server. Dieser Server steht in Frankreich und wird von einem Drittunternehmen betrieben, welches eine Lizenz für das Hosting personenbezogener Gesundheitsdaten entsprechend den geltenden europäischen, deutschen und österreichischen Gesetzen hat.

Mir ist bewusst, dass es durch die elektronische Übertragung über öffentlich Netzwerke zu Zugriffen unbefugter Dritter auf anonymisierte Daten kommen kann. VIVISOL kann nicht für Schäden aufgrund des Abfanges jeglicher Kommunikationen oder anderer verwandter Verstöße gegen Vorschriften zum Schutz persönlicher Daten haftbar gemacht werden. Mir wurde AirView genau erläutert und meine Fragen wurden zufriedenstellend beantwortet.

Die Teilnahme, Nichtteilnahme oder ein späterer Widerruf hat keinerlei Einfluss auf meine Behandlung. Ich kann mein Einverständnis jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zudem habe ich das Recht auf Zugriff, Korrektur und Löschung meiner Patientendaten in AirView. Dazu muss ich mich unter Tel. +43 1 524 62 83 oder per email frontoffice@vivisol.at an VIVISOL wenden.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an: **VIVISOL Heimbehandlungsgeräte GmbH, Tel. +43 1 524 62 83**

Ich erkläre mein Einverständnis zur Teilnahme am Therapiemanagement mit AirView gemäß obiger Information.

Die VIVISOL Heimbehandlungsgeräte GmbH verarbeitet Ihre Daten nach den Grundsätzen der Datenschutzgrundverordnung Art. 5 zum Zwecke der Versorgung auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 lit. a), b), c). Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte ohne Rechtsgrundlage übermittelt und nach der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist datenschutzgerecht gelöscht. Weitere Informationen zum Datenschutz und zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei VIVISOL finden Sie auf unserer Homepage unter <https://www.vivisol.at/index.php/pages/nutzungshinweise-urheberrecht-datenschutz>. Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an folgende E-Mail Adresse datenschutz@vivisol.at

Unterschrift Patient / Erwachsenenvertreter* / Angehöriger*

Datum

Name Patient / Erwachsenenvertreter* / Angehöriger* (in Blockbuchstaben)