



VIVISOL
Home Care Services

Verordnungsformular PaceWave

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

☐ Erstverordnung ☐ Weiterverordnung ☐ Umverordnung

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.

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

Bitte vollständig ausfüllen

Wir bitten bei oben
genannten Patienten
folgendes Atemhilfsmittel
zu bewilligen:

Für den oben genannten
Patienten werden folgende
Geräteeinstellungen
empfohlen:

Patientendaten	Vor- und Zuname 		Geschlecht ☐ M ☐ F ☐ D		Krankenkasse 																												
	PLZ 	Ort 	Versicherungsnummer 		Geburtsdatum (dd/mm/yy) 																												
	Strasse 		Entlassungsdatum 		Telefonnummer des Patienten 																												
	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse) 		Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer 																														
Diagnose	Die Indikationsdiagnose, sowie alle notwendigen Indikationsbefunde wurden entsprechend den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie erstellt und dokumentiert. AHI 																																
Therapiegerät	☐ AirCurve 10 CS-A PaceWave (max. Druck 30 cmH2O) ☐ AirCurve 11 ASV PaceWave (max. Druck 25 cmH2O) ☐ Sonstiges Therapiegerät (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller: ☒ Atemhilfsmittel Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner: ☐ Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff ☐ Patient erhält den ClimateLineAir™ Oxy *ggf. medizinische Begründung für ClimateLine™ Oxy im Feld Notiz.																																
Geräteeinstellungen	<table><thead><tr><th>Modus</th><th>EPAP</th><th>MinEPAP</th><th>MaxEPAP</th><th>MinDU</th><th>MaxDU</th><th>MaxRampe</th><th>StartEPAP</th><th>SmartStart</th></tr></thead><tbody><tr><td>ASV</td><td> </td><td></td><td></td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td>ASV Auto</td><td></td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table> Einstellungsänderung ☐ Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt. ☐ Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.						Modus	EPAP	MinEPAP	MaxEPAP	MinDU	MaxDU	MaxRampe	StartEPAP	SmartStart	ASV									ASV Auto								
Modus	EPAP	MinEPAP	MaxEPAP	MinDU	MaxDU	MaxRampe	StartEPAP	SmartStart																									
ASV																																	
ASV Auto																																	
Zubehör	Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung Ausatemsystem Bezeichnung 			Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske: ☐ FullFace* ☐ Nasal ☐ Nasenpolster																													
Notiz																																	
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 																												

VIVISOL
Heimbehandlungsgeräte GmbH
Richard Strauss-Straße 10
A-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

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

SOLGROUP
a breath of life