



VIVISOL
Home Care Services

Verordnungsformular prisma SMART max

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

Patientendaten	Vor- und Zuname		Geschlecht		Krankenkasse	
			☐ M ☐ F ☐ D			
Diagnose	PLZ		Ort		Geburtsdatum (dd/mm/yy)	
Therapiegerät	Strasse		Versicherungsnummer		Telefonnummer des/der Patienten	
Geräteeeinstellungen	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)		Entlassungsdatum		Name Angehörige*r / Erwachsenenvertreter*in/ Telefonnummer	
Zubehör	Die Indikationsdiagnose, sowie alle notwendigen Indikationsbefunde wurden entsprechend den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie erstellt und dokumentiert.		AHI			
Patient*in	Modus		Notizen			
	☐ CPAP ☐ APAP ☐ Patient*in bekommt zusätzlich Sauerstoff _____ l/min					
Verordner	Therapiedruck		Soft PAP		Rampe	
	☐ Max. Druck [hPa] ☐ (Min.) Druck wenn CPAP [hPa]		☐ Aus ☐ 1 ☐ 2		☐ Ein ☐ Rampe [min.] ☐ Startdruck [hPa]	
Verordner	APAP		Soft PAP-Sperre		AutoStart	
	☐ Standard ☐ Dynamisch		☐ Ein		☐ Ein ☐ Aus	
Verordner	Einstellungsänderung		Maske Bezeichnung / Größe			
	☐ Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt. ☐ Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.		☐ FullFace ☐ Nasal ☐ Nasenpolster			
Verordner	Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer		medizinische Begründung			
Verordner	Ansprechpartner*in Institution / Ordination		Datum / Ort		Unterschrift Patient*in / Angehörige*r / Erwachsenenvertreter*in	
Verordner	Telefonnummer der Station		Datum / Ort		Unterschrift und Stempel / Verordner/in	

VF044-V03-19.02.2025

VIVISOL
Heimbehandlungsgeräte Ges.m.b.H.
t +43 1 524 62 83
e frontoffice@vivisol.at
www.vivisol.at

Servicenummer für Erstbestellungen
Mo-Do 08:00-17:00
Fr 08:00-15:00

SOLGROUP
a breath of life