



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
DaMe: ME294882
Vielen Dank!

Bitte vollständig ausfüllen

Patientendaten	Vor- und Zuname <input type="text"/>		Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> D		Krankenkasse <input type="text"/>													
	PLZ <input type="text"/>	Ort <input type="text"/>	Versicherungsnummer <input type="text"/>		Geburtsdatum (dd/mm/yy) <input type="text"/>													
	Strasse <input type="text"/>		Entlassungsdatum <input type="text"/>		Telefonnummer des/der Patienten <input type="text"/>													
	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse) <input type="text"/>		Name Angehörige*r / Erwachsenenvertreter*in/ Telefonnummer <input type="text"/>															
Diagnose	Die Indikationsdiagnose, sowie alle notwendigen Indikationsbefunde wurden entsprechend den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie erstellt und dokumentiert. AHI <input type="text"/>																	
Therapiegerät	Modus <input type="checkbox"/> CPAP <input type="checkbox"/> APAP <input type="checkbox"/> Patient*in bekommt zusätzlich Sauerstoff _____ l/min			Notizen <input type="text"/>														
Geräteeinstellungen	<table border="0"><tr><td>Therapiedruck <input type="checkbox"/> Max. Druck [hPa] <input type="checkbox"/> (Min.) Druck wenn CPAP [hPa]</td><td>Soft PAP <input type="checkbox"/> Aus <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2</td><td>Rampe <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Rampe [min.] <input type="checkbox"/> Startdruck [hPa]</td><td>AutoStart <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Aus</td><td colspan="2">Einstellungsänderung <input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt. <input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.</td></tr><tr><td>APAP <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Dynamisch</td><td colspan="5">Soft PAP-Sperre <input type="checkbox"/> Ein</td></tr></table>						Therapiedruck <input type="checkbox"/> Max. Druck [hPa] <input type="checkbox"/> (Min.) Druck wenn CPAP [hPa]	Soft PAP <input type="checkbox"/> Aus <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Rampe <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Rampe [min.] <input type="checkbox"/> Startdruck [hPa]	AutoStart <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Aus	Einstellungsänderung <input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt. <input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.		APAP <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Dynamisch	Soft PAP-Sperre <input type="checkbox"/> Ein				
Therapiedruck <input type="checkbox"/> Max. Druck [hPa] <input type="checkbox"/> (Min.) Druck wenn CPAP [hPa]	Soft PAP <input type="checkbox"/> Aus <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	Rampe <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Rampe [min.] <input type="checkbox"/> Startdruck [hPa]	AutoStart <input type="checkbox"/> Ein <input type="checkbox"/> Aus	Einstellungsänderung <input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt. <input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.														
APAP <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Dynamisch	Soft PAP-Sperre <input type="checkbox"/> Ein																	
Zubehör	Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer <input type="text"/> medizinische Begründung <input type="text"/>			Maske Bezeichnung / Größe <input type="text"/> <input type="checkbox"/> FullFace <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster														
Patient*in	Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt oben genannter Geräte / Zubehör inklusive Gebrauchsanweisung und Reinigungsanleitung sowie die Einweisung in diese.		Datum / Ort <input type="text"/>	Unterschrift Patient*in / Angehörige*r / Erwachsenenvertreter*in <input type="text"/>														
Verordner	Ansprechpartner*in Institution / Ordination <input type="text"/> Telefonnummer der Station <input type="text"/>		Datum / Ort <input type="text"/>	Unterschrift und Stempel / Verordner/in <input type="text"/>														

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen: