



**VIVISOL**  
Home Care Services

# Verordnungsformular prisma SMART max

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Erstverordnung  Weiterverordnung  Umverordnung

qgf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz

E-Mail an:  
[frontoffice@vivisol.at](mailto:frontoffice@vivisol.at)  
DaMe: ME294882  
Vielen Dank!

Bitte vollständig ausfüllen

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

**VIVISOL**  
Heimbehandlungsgeräte Ges.m.b.H.

## Herrnbehandlungsgesellschaft

Richard-Strauss-Strasse  
1230 Wien · Austria

t +43 1 524 62 83

**f** +43 1 524 16 42

e frontoffice@vivi

Wir sind für Sie da  
Mo-Do 08:00-17:00  
Fr. 08:00-15:00

**SOLGROUP**  
a breath of life