

Verordnungsformular Prisma Vent 30/40

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

☐ **Erstverordnung** ☐ **Weiterverordnung** ☐ **Umverordnung**
ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.

Bitte vollständig ausfüllen

Patientendaten	Vor- und Zuname		Geschlecht		Krankenkasse
			M F D		
	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.				
Therapiegerät	☐ Prisma Vent 30		☐ Prisma Vent 40		Einstellungen auf der Rückseite
	☐ Sonstiges Therapiegerät (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller:				
Zubehör	☒ Atemhilfsmittel Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:				
	☐ Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff _____ l/min				
Patient/in	Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung		Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske		
Verordner	☐ FullFace* ☐ Nasal ☐ Nasenpolster				
	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	
	Anspruchspartner Institution / Ordination				
	Telefonnummer der Station		Datum / Ort		Unterschrift und Stempel / Verordner

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

VIVISOL ist verpflichtet - im Falle der Verordnung eines Therapiegerätes auch Depotgeräte einzusetzen.
Bitte beachten Sie die Rückseite

Verordnungsformular Prisma Vent

Geräteeinstellungen - Folgeblatt : Programm 1

Programm 1

Patient/in

Patientendaten (bitte übertragen Sie die Daten von Seite 1)

Versicherungsnummer

Geburtsdatum (dd/mm/yy)

Einstellwerte

Programm 1

Programm 1

Name:

BEATMUNGS- PARAMETER	MODI LECKAGESYSTEM							
					MODI VENTILSYSTEM			
	CPAP	S	ST	auto-ST	T	aPCV	PSV	PCV
CPAP								
IPAP								
PEEP/EPAP								
F								
Feste Hintergrundfrequenz 5 1/min								
Ti								
Ti min								
Ti max								
Ti timed								
Trigger								
Zielvolumen								
Druckanstieg Inspiratorisch bzw. Expiratorisch								
AirTrap Control								
EPAP min								
EPAP max								
Pinsp								
autoF								
Alarme								

Alarme	Wert
Leckage hoch	
Druck niedrig	
Druck hoch	
VT niedrig	
VT hoch	
Frequenz niedrig	
Frequenz hoch	

Alarme	Wert
MV niedrig	
MV hoch	
SpO ₂ niedrig	
SpO ₂ hoch	
Puls niedrig	
Puls hoch	

VIVISOL
Heimbehandlungsgeräte Ges.m.b.H.

Richard Strauss-Straße 10

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