



VIVISOL
Home Care Services

Verordnungsformular Sauerstofftherapie

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

☐ Erstverordnung ☐ Weiterverordnung ☐ Umverordnung

E-Mail an:
frontoffice@vivisol.at
DaMe: ME294882
Vielen Dank!

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			
Blutgasanalyse	Bei dem oben genannten Patienten besteht die Indikation zur Sauerstofflangzeittherapie gemäß den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Lungenerkrankungen und Tuberkulose. Die folgenden Blutgaswerte wurden ermittelt:					
			PaO ₂ (mmHg)	SaO ₂ (%)	AaDO (mmHg)	
	Ohne O ₂ -Gabe	Wachzustand / Ruhe				
		Belastung (0,5 Watt/kg)				
		Schlaf				
	Mit O ₂ -Gabe	Wachzustand / Ruhe				
		Belastung (0,5 Watt/kg)				
		Schlaf				
Diagnose						
Empfehlung	Sauerstoffbedarf gegeben auch außerhalb des Hauses: ☐ Ja ☐ Nein					
	Therapieversuch in Ruhe: ☐ 2 l/min. ☐ 3 l/min. ☐ 4 l/min. ☐ 5 l/min. ☐ 6 l/min. ☐ _____ l/min.					
	Therapieversuch bei Belastung: ☐ 2 l/min. ☐ 3 l/min. ☐ 4 l/min. ☐ 5 l/min. ☐ 6 l/min. ☐ _____ l/min.					
	Therapieversuch bei Nacht: ☐ 2 l/min. ☐ 3 l/min. ☐ 4 l/min. ☐ 5 l/min. ☐ 6 l/min. ☐ _____ l/min.					
Therapie	LOX			KONZ		
	Flüssigsauerstoff VIVILOX O ₂ -Bedarf ist pro Tag mit mehr als 16 Stunden gegeben ☐ Flüssigsauerstoffsystem bestehend aus einem Standgerät (Liberator) und einer mobilen Einheit (Sprint, Stroller, HF Stroller, Helios) ☐ Mobile Einheit mit Continuous Flow ☐ Mobile Einheit mit integriertem Sparsystem Wunschsystem mobile Einheit _____			Sauerstoffkonzentratoren VIVIKONZ ☐ Standkonzentrator ☐ Stand- und mobiler Konzentrator ☐ mobiler Konzentrator Wunschsystem mobiler Konzentrator ☐ Eclipse 5 ☐ Inogen/ Zen-O lite/ Freestyle Comfort Stufe: _____		
Verordner	Ansprechpartner Institution / Ordination			Unterschrift / Stempel / Verordner		
	Telefonnummer der Station		Datum / Ort			

Bitte faxen Sie dieses Verordnungsformular Sauerstofftherapie unterzeichnet an: 01 / 524 16 42
Original Verordnungsformulare für Patienten der SGK und BKK Wiener Verkehrsbetriebe
bitte per Post an Vivisol. Adresse siehe Signatur.