



VIVISOL
Home Care Services

Verordnungsformular Stellar 150

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	Geschlecht	Krankenkasse
		☐ M ☐ F ☐ D	
	PLZ	Ort	Versicherungsnummer
	Strasse	Entlassungsdatum	Geburtsdatum (dd/mm/yy)
Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer	Telefonnummer des Patienten	

Diagnose	Die Indikationsdiagnose, sowie alle notwendigen Indikationsbefunde wurden entsprechend den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie erstellt und dokumentiert.
	AHI

Therapiegerät	Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Therapiegerät zu bewilligen:
	☒ Stellar 150 bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:
	☐ Patient benötigt zusätzlich Sauerstoff: ____ l/min.
	☐ VIVISOL
	☐ andere Firma
	☐ Einstellungsänderungen
	☐ Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor bzw. von der Fachabteilung durchgeführt.
	☐ Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.

Geräteeinstellungen	Modus	IPAP	EPAP	AF	Anstiegszeit	Absenzeit	Ti min	Ti	Ti max	Tg i	Tg e				
	S														
	ST														
T															
APCV															
	Modus	Körpergröße	(Min)EPAP	Max EPAP	Alv.Zielatem- frequenz	Alv.Zielvent- bereich	AF	Ansteigszeit	Absenzeit	Tg i	Tg e	Ti min	Ti max	Min PS	Max PS
iVAPS															

Zubehör	Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer	Maske Bezeichnung / Größe
	Patient/in benötigt einen Atemluftbefeuchter	☐ FullFace* ☐ Nasal ☐ Nasenpolster
	☐ zur Optimierung der mukoziliären Clearance	☐ Patient/in benötigt eine Vollgesichtsmaske
	☐ Patient/in neigt zu ausgetrockneten Atemwegen	☐ Patient/in ist Mundatmer
	Zusätzliche Anmerkung	☐ auf Grund der Gesichtsanatomie
		☐ Nasenmaske verursacht Druckstellen
		☐ Leckagen sind nur mit FFM in Griff zu bekommen
		☐ auf Grund eingeschränkter Nasalatmung

Patient/in	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

Verordner	Ansprechpartner Institution / Ordination	Unterschrift und Stempel / Verordner
	Telefonnummer der Station	
	Datum / Ort	

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

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

SOLGROUP
a breath of life

Patientendaten

Vor- und Zuname

Versicherungsnummer

Geburtsdatum (dd/mm/yy)

Bemerkung

Alarmeinstellungen

Alarmgrenzen

alle Alarme aus	☐ JA ☐ NEIN
MV Tief	
starke Leckage	
Maske ohne Luftauslass	
Druck Hoch	
Druck Tief	
Frequenz Hoch	
Frequenz Tief	
Apnoe	

Geräteeinstellung

Alarmlautstärke	
O ₂ Sensor Kalibrierung	

Optionen

Beatmungszugang	
Smart Start/Stop	
Max Rampe	
Start EPAP	

Notizen