



VIVISOL
Home Care Services

Verordnungsformular Vivo 65

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		Geburtsdatum (dd/mm/yy)	
			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	Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Therapiegerät zu bewilligen:					
	☐ Vivo 65		☐ externer Akku		☐ Patient benötigt zusätzlich Sauerstoff: ____ l/min.	
					☐ VIVISOL ☐ andere Firma	
Zubehör	Zubehör Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Zubehör zu bewilligen:					Zusatzgeräte (Bezeichnung / SNr.)
		Bezeichnung	Stk.	Größe	Seriennummer	
	Schlauchsystem					
	Befeuchterkammer					
	Gänsegurgel					
	Sterilwasser					
	HME-Filter					
	Feuchte Nase					
	Tracheostomiekannüle					
	Innenkannüle					
	Haltebänder					
	Cuffdruckmesser					
	Gerätewagen					
	Atemluftbefeuchter					
	Absauggerät					
	Absaugkatheter					
	Pulsoximeter					
Pulsoximetriesensoren						
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 Rückseite

SOLGROUP
a breath of life



Patientendaten (bitte übertragen Sie die Daten von Seite 1)

Versicherungsnummer

Geburtsdatum (dd/mm/yy)

Geräteeinstellungen

Beleuchtung Alarmlautstärke Helligkeit Druckeinheit

Auto Tastatursperre CO₂ Einheit

Schlauchtest

☐ Ja ☐ Nein

Pat. Schlauchsystem

☐ Ausatemventil ☐ Leckage ☐ Doppelschlauch

Beatmungsmodus

☐ Druck ☐ Volumen ☐ CPAP

Atemmodus

☐ Support ☐ Ass./Kontroll. ☐ SIMV ☐ MPV

Parameter

(PSV)	Profil 1	Profil 2	Profil 3	min./max. Home Adjust	MPV
Insp. Druck					
PEEP					
Anstieg					
Insp. Trigger					
Exsp. Trigger					
Min. Insp. Zeit					
Max. Insp. Zeit					
Backup-Frequenz					
Backup-Insp. Zeit					
Ziel-Volumen (TgV)					
Max. Druck					
Min. Druck					
Seufzer					
Seufzerfrequenz					
Seufzer (%)					
(PCV)					
Atemfrequenz					
Insp. Zeit					
(VCV)					
Atemzugvolumen					
Flow.Muster					
(CPAP)					
CPAP					

Alarmgrenzen

	Profil 1	Profil 2	Profil 3
Druck Hoch			
Druck Tief			
Vti Hoch			
Vti Tief			
Vte Hoch			
Vte Tief			
Frequenz Hoch			
Frequenz Tief			
MVi Hoch			
MVi Tief			
MVe Hoch			
MVe Tief			
Apnoe			
Diskonnektion			
Rückatmung			
PEEP Hoch			
PEEP Tief			
InspCO ₂ Hoch			