



# Antragsformular VIVItavel Reiseservice

Bitte senden Sie dieses Formular an VIVISOL Heimbehandlungsgeräte GmbH, VIVItavel Reiseservice, Richard-Strauss-Straße 10, 1230 Wien oder per Mail an [vivitavel@vivisol.at](mailto:vivitavel@vivisol.at) oder per Fax an 01/524 16 42



## Kundendaten

\_\_\_\_\_  
Vor- und Zuname

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Sozialversicherungsnummer

\_\_\_\_\_  
Telefon



## Aufenthalt (Urlaubsort)

\_\_\_\_\_  
Name der Unterkunft

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
PLZ / Ort

\_\_\_\_\_  
Land

\_\_\_\_\_  
Telefon (Unterkunft)

\_\_\_\_\_  
Ankunftsdatum

\_\_\_\_\_  
Abreisedatum

\_\_\_\_\_  
Anmerkungen

## Therapiedaten Bitte Zutreffendes ankreuzen ✕

- Flüssigsauerstoff
  - Standkonzentrator
  - Mobiler Konzentrator
- \_\_\_\_\_  
Therapiegerät Bezeichnung

\_\_\_\_\_  
Sauerstoffverbrauch in l/min. (in Ruhe)

\_\_\_\_\_  
Sauerstoffverbrauch in l/min. (unter Belastung)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient