



**VIVISOL**  
Home Care Services

# Verordnungsformular Sauerstofftherapie

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Erstverordnung  Weiterverordnung  Umverordnung

Fax an:  
**01/5241642**  
Vielen Dank!

Bitte vollständig ausfüllen

<b>Patientendaten</b>	Vor- und Zuname <input style="width: 100%;" type="text"/>	Geschlecht <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Krankenkasse <input style="width: 100%;" type="text"/>		
	PLZ <input style="width: 50%;" type="text"/> Ort <input style="width: 50%;" type="text"/>	Versicherungsnummer <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>	Geburtsdatum (dd/mm/yy) <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/> <input style="width: 25%;" type="text"/>		
	Strasse <input style="width: 100%;" type="text"/>	Entlassungsdatum <input style="width: 100%;" type="text"/>	Telefonnummer des Patienten <input style="width: 100%;" type="text"/>		
	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse) <input style="width: 100%;" type="text"/>	Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer <input style="width: 100%;" type="text"/>			
<b>Blutgasanalyse</b>	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:				
		<b>PaO<sub>2</sub> (mmHg)</b>	<b>SaO<sub>2</sub> (%)</b>	<b>AaDO (mmHg)</b>	
	<b>Ohne O<sub>2</sub>-Gabe</b>	Wachzustand / Ruhe	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
		Belastung (0,5 Watt/kg)	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
		Schlaf	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
	<b>Mit O<sub>2</sub>-Gabe</b>	Wachzustand / Ruhe	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
		Belastung (0,5 Watt/kg)	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
		Schlaf	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
<b>Diagnose</b>					
<b>Empfehlung</b>	Sauerstoffbedarf gegeben auch außerhalb des Hauses: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Therapievorschlagn in Ruhe: <input type="checkbox"/> 2 l/min. <input type="checkbox"/> 3 l/min. <input type="checkbox"/> 4 l/min. <input type="checkbox"/> 5 l/min. <input type="checkbox"/> 6 l/min. <input type="checkbox"/> _____ l/min. Therapievorschlagn bei Belastung: <input type="checkbox"/> 2 l/min. <input type="checkbox"/> 3 l/min. <input type="checkbox"/> 4 l/min. <input type="checkbox"/> 5 l/min. <input type="checkbox"/> 6 l/min. <input type="checkbox"/> _____ l/min. Therapievorschlagn bei Nacht: <input type="checkbox"/> 2 l/min. <input type="checkbox"/> 3 l/min. <input type="checkbox"/> 4 l/min. <input type="checkbox"/> 5 l/min. <input type="checkbox"/> 6 l/min. <input type="checkbox"/> _____ l/min.				
<b>Therapie</b>	<b>LOX</b>	<b>KONZ</b>			
	Flüssigsauerstoff VIVILOX O <sub>2</sub> -Bedarf ist pro Tag mit mehr als 16 Stunden gegeben  <input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoffsystem  bestehend aus einem Standgerät (Liberator) und einer mobilen Einheit (Sprint, Stroller, HF Stroller, Spirit, Helios) <input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit Continou Flow <input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit integriertem Sparsystem  Wunschsystem mobile Einheit _____	Sauerstoffkonzentratoren VIVIKONZ  <input type="checkbox"/> Standkonzentrator <input type="checkbox"/> Stand- und mobiler Konzentrator <input type="checkbox"/> mobiler Konzentrator  Wunschsystem mobiler Konzentrator <input type="checkbox"/> Eclipse 5 <input type="checkbox"/> Inogen One G3 / G5 8 Zellen Batterie Stufe: _____ <input type="checkbox"/> Inogen One G3 / G5 16 Zellen Batterie Stufe: _____ <input type="checkbox"/> Zen-O lite 16 Zellen Batterie Stufe: _____			
<b>Verordner</b>	Ansprechpartner Institution / Ordination <input style="width: 100%;" type="text"/>		Unterschrift / Stempel / Verordner <input style="width: 100%; height: 50px;" type="text"/>		
	Telefonnummer der Station <input style="width: 50%;" type="text"/> Datum / Ort <input style="width: 50%;" type="text"/>				