



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

| Patientendaten | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black;">Vor- und Zuname</td> <td style="width: 10%; border-bottom: 1px solid black;">Geschlecht</td> <td style="width: 40%; border-bottom: 1px solid black;">Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">PLZ <input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Ort <input style="width: 40%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Versicherungsnummer <input style="width: 25%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Geburtsdatum (dd/mm/yy) <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Strasse <input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Entlassungsdatum <input style="width: 25%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Telefonnummer des Patienten <input style="width: 60%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse) <input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer <input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </table> | Vor- und Zuname | Geschlecht | Krankenkasse | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input style="width: 95%;" type="text"/> | PLZ <input style="width: 15%;" type="text"/> | Ort <input style="width: 40%;" type="text"/> | Versicherungsnummer <input style="width: 25%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> | Geburtsdatum (dd/mm/yy) <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> | Strasse <input style="width: 95%;" type="text"/> | Entlassungsdatum <input style="width: 25%;" type="text"/> | Telefonnummer des Patienten <input style="width: 60%;" type="text"/> | Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse) <input style="width: 95%;" type="text"/> | Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer <input style="width: 95%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|--|--|---|---|--|--|---|---|---|---|--|--|--|-------------------------------|--------------------|---|---|---|-------------------------|---|---|---|--------|---|---|---|
| Vor- und Zuname | Geschlecht | Krankenkasse | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | <input style="width: 95%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PLZ <input style="width: 15%;" type="text"/> | Ort <input style="width: 40%;" type="text"/> | Versicherungsnummer <input style="width: 25%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> | Geburtsdatum (dd/mm/yy) <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Strasse <input style="width: 95%;" type="text"/> | Entlassungsdatum <input style="width: 25%;" type="text"/> | Telefonnummer des Patienten <input style="width: 60%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse) <input style="width: 95%;" type="text"/> | Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer <input style="width: 95%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Blutgasanalyse | <p>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:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 15%;">PaO₂ (mmHg)</th> <th style="width: 15%;">SaO₂ (%)</th> <th style="width: 15%;">AaDO (mmHg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">Ohne O₂-Gabe</td> <td>Wachzustand / Ruhe</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Belastung (0,5 Watt/kg)</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Schlaf</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Mit O₂-Gabe</td> <td>Wachzustand / Ruhe</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Belastung (0,5 Watt/kg)</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Schlaf</td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </tbody> </table> | | PaO ₂ (mmHg) | SaO ₂ (%) | AaDO (mmHg) | Ohne O₂-Gabe | Wachzustand / Ruhe | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | Belastung (0,5 Watt/kg) | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | Schlaf | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | Mit O₂-Gabe | Wachzustand / Ruhe | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | Belastung (0,5 Watt/kg) | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | Schlaf | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> |
| | PaO ₂ (mmHg) | SaO ₂ (%) | AaDO (mmHg) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ohne O₂-Gabe | Wachzustand / Ruhe | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Belastung (0,5 Watt/kg) | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Schlaf | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mit O₂-Gabe | Wachzustand / Ruhe | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Belastung (0,5 Watt/kg) | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Schlaf | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnose | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Empfehlung | <p>Sauerstoffbedarf gegeben auch außerhalb des Hauses: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p>Therapievorschlag 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.</p> <p>Therapievorschlag 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.</p> <p>Therapievorschlag 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.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Therapie | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">LOX</p> <p style="text-align: center;">Flüssigsauerstoff VIVILOX O₂-Bedarf ist pro Tag mit mehr als 16 Stunden gegeben</p> <p><input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoffsystem</p> <p>bestehend aus einem Standgerät (Liberator) und einer mobilen Einheit (Sprint, Stroller, HF Stroller, Helios)</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit Continous Flow <input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit integriertem Sparsystem</p> <p>Wunschsystem mobile Einheit _____</p> </td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; vertical-align: top;"> <p style="text-align: center;">KONZ</p> <p style="text-align: center;">Sauerstoffkonzentratoren VIVIKONZ</p> <p><input type="checkbox"/> Standkonzentrator <input type="checkbox"/> Stand- und mobiler Konzentrator <input type="checkbox"/> mobiler Konzentrator</p> <p>Wunschsystem mobiler Konzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Eclipse 5 <input type="checkbox"/> Inogen Rove 6 16 Zellen Batterie Stufe: _____ <input type="checkbox"/> Zen-O lite 16 Zellen Batterie Stufe: _____</p> </td> </tr> </table> | <p style="text-align: center;">LOX</p> <p style="text-align: center;">Flüssigsauerstoff VIVILOX O₂-Bedarf ist pro Tag mit mehr als 16 Stunden gegeben</p> <p><input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoffsystem</p> <p>bestehend aus einem Standgerät (Liberator) und einer mobilen Einheit (Sprint, Stroller, HF Stroller, Helios)</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit Continous Flow <input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit integriertem Sparsystem</p> <p>Wunschsystem mobile Einheit _____</p> | <p style="text-align: center;">KONZ</p> <p style="text-align: center;">Sauerstoffkonzentratoren VIVIKONZ</p> <p><input type="checkbox"/> Standkonzentrator <input type="checkbox"/> Stand- und mobiler Konzentrator <input type="checkbox"/> mobiler Konzentrator</p> <p>Wunschsystem mobiler Konzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Eclipse 5 <input type="checkbox"/> Inogen Rove 6 16 Zellen Batterie Stufe: _____ <input type="checkbox"/> Zen-O lite 16 Zellen Batterie Stufe: _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p style="text-align: center;">LOX</p> <p style="text-align: center;">Flüssigsauerstoff VIVILOX O₂-Bedarf ist pro Tag mit mehr als 16 Stunden gegeben</p> <p><input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoffsystem</p> <p>bestehend aus einem Standgerät (Liberator) und einer mobilen Einheit (Sprint, Stroller, HF Stroller, Helios)</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit Continous Flow <input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit integriertem Sparsystem</p> <p>Wunschsystem mobile Einheit _____</p> | <p style="text-align: center;">KONZ</p> <p style="text-align: center;">Sauerstoffkonzentratoren VIVIKONZ</p> <p><input type="checkbox"/> Standkonzentrator <input type="checkbox"/> Stand- und mobiler Konzentrator <input type="checkbox"/> mobiler Konzentrator</p> <p>Wunschsystem mobiler Konzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Eclipse 5 <input type="checkbox"/> Inogen Rove 6 16 Zellen Batterie Stufe: _____ <input type="checkbox"/> Zen-O lite 16 Zellen Batterie Stufe: _____</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Verordner | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%; border-bottom: 1px solid black;">Ansprechpartner Institution / Ordination</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Telefonnummer der Station <input style="width: 40%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Datum / Ort <input style="width: 40%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black; text-align: right;">Unterschrift / Stempel / Verordner</td> </tr> </table> | Ansprechpartner Institution / Ordination | | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | Telefonnummer der Station <input style="width: 40%;" type="text"/> | Datum / Ort <input style="width: 40%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | Unterschrift / Stempel / Verordner | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ansprechpartner Institution / Ordination | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefonnummer der Station <input style="width: 40%;" type="text"/> | Datum / Ort <input style="width: 40%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input style="width: 95%;" type="text"/> | <input style="width: 95%;" type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unterschrift / Stempel / Verordner | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |