



**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>	<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 <input type="checkbox"/> D                 </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: 45%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Versicherungsnummer <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" 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: 15%;" type="text"/></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Geburtsdatum (dd/mm/yy) <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" 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> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Telefonnummer des Patienten <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 type="checkbox"/> D	<input style="width: 95%;" type="text"/>	PLZ <input style="width: 15%;" type="text"/>	Ort <input style="width: 45%;" type="text"/>	Versicherungsnummer <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>	Strasse <input style="width: 95%;" type="text"/>	Entlassungsdatum <input style="width: 15%;" type="text"/>	Geburtsdatum (dd/mm/yy) <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/>	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse) <input style="width: 95%;" type="text"/>	Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer <input style="width: 95%;" type="text"/>			Telefonnummer des Patienten <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 type="checkbox"/> D	<input style="width: 95%;" type="text"/>																							
PLZ <input style="width: 15%;" type="text"/>	Ort <input style="width: 45%;" type="text"/>	Versicherungsnummer <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/> <input style="width: 10%;" type="text"/>																							
Strasse <input style="width: 95%;" type="text"/>	Entlassungsdatum <input style="width: 15%;" type="text"/>	Geburtsdatum (dd/mm/yy) <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/> <input style="width: 5%;" type="text"/>																							
Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse) <input style="width: 95%;" type="text"/>	Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer <input style="width: 95%;" type="text"/>																								
	Telefonnummer des Patienten <input style="width: 95%;" type="text"/>																								
<b>Blutgasanalyse</b>	<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;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="width: 15%;">PaO<sub>2</sub> (mmHg)</th> <th style="width: 15%;">SaO<sub>2</sub> (%)</th> <th style="width: 15%;">AaDO (mmHg)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;"><b>Ohne O<sub>2</sub>-Gabe</b></td> <td style="text-align: center;">Wachzustand / Ruhe</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Belastung (0,5 Watt/kg)</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Schlaf</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3" style="vertical-align: top;"><b>Mit O<sub>2</sub>-Gabe</b></td> <td style="text-align: center;">Wachzustand / Ruhe</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Belastung (0,5 Watt/kg)</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Schlaf</td> <td style="border: 1px solid black;"></td> <td style="border: 1px solid black;"></td> </tr> </tbody> </table>		PaO <sub>2</sub> (mmHg)	SaO <sub>2</sub> (%)	AaDO (mmHg)	<b>Ohne O<sub>2</sub>-Gabe</b>	Wachzustand / Ruhe			Belastung (0,5 Watt/kg)			Schlaf			<b>Mit O<sub>2</sub>-Gabe</b>	Wachzustand / Ruhe			Belastung (0,5 Watt/kg)			Schlaf		
	PaO <sub>2</sub> (mmHg)	SaO <sub>2</sub> (%)	AaDO (mmHg)																						
<b>Ohne O<sub>2</sub>-Gabe</b>	Wachzustand / Ruhe																								
	Belastung (0,5 Watt/kg)																								
	Schlaf																								
<b>Mit O<sub>2</sub>-Gabe</b>	Wachzustand / Ruhe																								
	Belastung (0,5 Watt/kg)																								
	Schlaf																								
<b>Diagnose</b>																									
<b>Empfehlung</b>	<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>																								
<b>Therapie</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>LOX</b></p> <p style="text-align: center;">Flüssigsauerstoff VIVILOX O<sub>2</sub>-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%; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;"><b>KONZ</b></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/ Zen-O lite</p> <p style="text-align: right;">Stufe: _____</p> </td> </tr> </table>	<p style="text-align: center;"><b>LOX</b></p> <p style="text-align: center;">Flüssigsauerstoff VIVILOX O<sub>2</sub>-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;"><b>KONZ</b></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/ Zen-O lite</p> <p style="text-align: right;">Stufe: _____</p>																						
<p style="text-align: center;"><b>LOX</b></p> <p style="text-align: center;">Flüssigsauerstoff VIVILOX O<sub>2</sub>-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;"><b>KONZ</b></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/ Zen-O lite</p> <p style="text-align: right;">Stufe: _____</p>																								
<b>Verordner</b>	<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;">Telefonnummer der Station</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Datum / Ort</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">Unterschrift / Stempel / Verordner</p>	Ansprechpartner Institution / Ordination		Telefonnummer der Station	Datum / Ort																				
Ansprechpartner Institution / Ordination																									
Telefonnummer der Station	Datum / Ort																								