



VIVISOL
Home Care Services

Verordnungsformular Sauerstofftherapie

>>> Kärnten

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: 15%; border-bottom: 1px solid black;">Geschlecht</td> <td style="width: 35%; border-bottom: 1px solid black;">Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">M F</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">PLZ</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Ort</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Geburtsdatum (dd/mm/yy)</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Strasse</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Entlassungsdatum</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Telefonnummer des Patienten</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)</td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;">Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td colspan="2" style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> </table>	Vor- und Zuname	Geschlecht	Krankenkasse		M F		PLZ	Ort	Geburtsdatum (dd/mm/yy)				Strasse	Entlassungsdatum	Telefonnummer des Patienten				Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer				
Vor- und Zuname	Geschlecht	Krankenkasse																							
	M F																								
PLZ	Ort	Geburtsdatum (dd/mm/yy)																							
Strasse	Entlassungsdatum	Telefonnummer des Patienten																							
Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer																								
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 style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Belastung (0,5 Watt/kg)</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Schlaf</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Mit O₂-Gabe</td> <td>Wachzustand / Ruhe</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Belastung (0,5 Watt/kg)</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td>Schlaf</td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> </tbody> </table>		PaO ₂ (mmHg)	SaO ₂ (%)	AaDO (mmHg)	Ohne O₂-Gabe	Wachzustand / Ruhe			Belastung (0,5 Watt/kg)			Schlaf			Mit O₂-Gabe	Wachzustand / Ruhe			Belastung (0,5 Watt/kg)			Schlaf		
	PaO ₂ (mmHg)	SaO ₂ (%)	AaDO (mmHg)																						
Ohne O₂-Gabe	Wachzustand / Ruhe																								
	Belastung (0,5 Watt/kg)																								
	Schlaf																								
Mit O₂-Gabe	Wachzustand / Ruhe																								
	Belastung (0,5 Watt/kg)																								
	Schlaf																								
Diagnose																									
Empfehlung	<p>Der/Die Patient/in ist innerhalb und außerhalb des Wohnbereichs _____ Std. pro Tag mobil.</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; text-align: center;">LOX</td> <td style="width: 50%; border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">KONZ</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;"> <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, Spirit, Helios)</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit Continuous Flow</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit integriertem Sparsystem</p> <p>_____</p> <p>Wunschsystem mobile Einheit</p> </td> <td style="padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">Sauerstoffkonzentratoren VIVIKONZ</p> <p><input type="checkbox"/> Standkonzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Stand- und mobiler Konzentrator</p> <p>bestehend aus einem Standgerät und einer mobilen Einheit</p> <p><input type="checkbox"/> mobiler Konzentrator</p> <p>Wunschsystem mobiler Konzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Eclipse 5</p> <p><input type="checkbox"/> Inogen One G3 / G5 8 Zellen Batterie Stufe: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Inogen One G3 / G5 16 Zellen Batterie Stufe: _____</p> </td> </tr> </table>	LOX	KONZ	<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, Spirit, Helios)</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit Continuous Flow</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit integriertem Sparsystem</p> <p>_____</p> <p>Wunschsystem mobile Einheit</p>	<p style="text-align: center;">Sauerstoffkonzentratoren VIVIKONZ</p> <p><input type="checkbox"/> Standkonzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Stand- und mobiler Konzentrator</p> <p>bestehend aus einem Standgerät und einer mobilen Einheit</p> <p><input type="checkbox"/> mobiler Konzentrator</p> <p>Wunschsystem mobiler Konzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Eclipse 5</p> <p><input type="checkbox"/> Inogen One G3 / G5 8 Zellen Batterie Stufe: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Inogen One G3 / G5 16 Zellen Batterie Stufe: _____</p>																				
LOX	KONZ																								
<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, Spirit, Helios)</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit Continuous Flow</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit integriertem Sparsystem</p> <p>_____</p> <p>Wunschsystem mobile Einheit</p>	<p style="text-align: center;">Sauerstoffkonzentratoren VIVIKONZ</p> <p><input type="checkbox"/> Standkonzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Stand- und mobiler Konzentrator</p> <p>bestehend aus einem Standgerät und einer mobilen Einheit</p> <p><input type="checkbox"/> mobiler Konzentrator</p> <p>Wunschsystem mobiler Konzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Eclipse 5</p> <p><input type="checkbox"/> Inogen One G3 / G5 8 Zellen Batterie Stufe: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Inogen One G3 / G5 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;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></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; font-size: small;">Unterschrift / Stempel / Verordner</p>	Ansprechpartner Institution / Ordination				Telefonnummer der Station	Datum / Ort																		
Ansprechpartner Institution / Ordination																									
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
office@vivisol.at
www.vivisol.at

Servicenummer für Erstbestellungen
+43 1 524 62 83
sauerstoff@vivisol.at

Wir sind für Sie da
Mo-Do 08:00-17:00
Freitag 08:00-15:00

SOLGROUP
a breath of life

Bitte faxen Sie dieses Verordnungsformular Sauerstofftherapie unterzeichnet an: 01 / 524 16 42