



# Verordnungsformular Schlafapnoetherapie

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Erstverordnung  Weiterverordnung  Umverordnung

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.

Fax an:  
01/5241642  
Vielen Dank!  
Zentrale Wien

Bitte vollständig ausfüllen

<b>Patientendaten</b>	Vor- und Zuname	Geschlecht	Krankenkasse
	PLZ	Ort	Versicherungsnummer
	Strasse	Entlassungsdatum	Geburtsdatum (dd/mm/yy)
	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter/ Telefonnummer	Telefonnummer des Patienten

**Diagnose**

Die Indikationsdiagnose, sowie alle notwendigen Indikationsbefunde wurden entsprechend den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie erstellt und dokumentiert.

**AHI**

<b>Therapiegerät</b>	<b>Gerät</b>	<b>Notizen</b>						
	<table border="0"> <tr> <td><b>AirSense 11</b></td> <td><b>AirSense 10</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CPAP</td> <td><input type="checkbox"/> CPAP</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AutoSet</td> <td><input type="checkbox"/> AutoSet</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AutoSet for Her</td> <td></td> </tr> </table>		<b>AirSense 11</b>	<b>AirSense 10</b>	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> AutoSet	<input type="checkbox"/> AutoSet
<b>AirSense 11</b>	<b>AirSense 10</b>							
<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> CPAP							
<input type="checkbox"/> AutoSet	<input type="checkbox"/> AutoSet							
<input type="checkbox"/> AutoSet for Her								

**Atemhilfsmittel Seriennummer** bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:

**Geräteeinstellungen**

<b>Therapiedruck</b> <input type="checkbox"/> Max. Druck [hPa] <input type="checkbox"/> (Min.) Druck wenn CPAP [hPa]	<b>EPR-Stufe</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	<b>Rampe</b> <input type="checkbox"/> AutoRampe <input type="checkbox"/> Rampe [min.] <input type="checkbox"/> Startdruck [hPa]	<b>Smart Start</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Smart Stop</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Care Check-In</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Einstellungsänderung</b> <input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt. <input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.
<b>AutoSet-Reaktion</b> <input type="checkbox"/> Standard <input type="checkbox"/> Sanft	<b>EPR Typ</b> <input type="checkbox"/> Nur Rampe <input type="checkbox"/> Vollzeit			

**Zubehör**

<b>Atemluftbefeuchter</b> Bezeichnung / Seriennummer	<b>Maske</b> Bezeichnung / Größe
<input type="checkbox"/> FullFace	<input type="checkbox"/> Nasal
	<input type="checkbox"/> Nasenpolster

**Patient/in**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt oben genannter Geräte / Zubehör inklusive Gebrauchsanweisung und Reinigungsanleitung sowie die Einweisung in diese.

Datum / Ort

Unterschrift Patient / Angehöriger / Erwachsenenvertreter

**Verordner**

Ansprechpartner Institution / Ordination

Telefonnummer der Station

Datum / Ort

Unterschrift und Stempel / Verordner

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen: