



# 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

<b>Diagnose</b>	Die Indikationsdiagnose, sowie alle notwendigen Indikationsbefunde wurden entsprechend den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie erstellt und dokumentiert.
	<b>AHI</b>

<b>Therapiegerät</b>	<b>Gerät + Modus</b>	<b>Notizen</b>						
	<table border="0"> <tr> <td><b>AirSense 11 AutoSet</b></td> <td><b>AirSense 10 AutoSet</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 AutoSet</b>	<b>AirSense 10 AutoSet</b>	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> AutoSet	<input type="checkbox"/> AutoSet
<b>AirSense 11 AutoSet</b>	<b>AirSense 10 AutoSet</b>							
<input type="checkbox"/> CPAP	<input type="checkbox"/> CPAP							
<input type="checkbox"/> AutoSet	<input type="checkbox"/> AutoSet							
<input type="checkbox"/> AutoSet for Her								
	<b>Atemhilfsmittel Seriennummer</b> bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:	<input type="checkbox"/> Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff _____ l/min						

<b>Geräteeinstellungen</b>	<b>Therapiedruck</b>	<b>EPR-Stufe</b>	<b>Rampe</b>	<b>Smart Start</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Einstellungsänderung</b>
	<input type="checkbox"/> Max. Druck [hPa]	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> AutoRampe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> (Min.) Druck wenn CPAP [hPa]	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Rampe [min.]	<b>Smart Stop</b> (Nur AS11) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt.
	<b>AutoSet-Reaktion</b>	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Startdruck [hPa]	<b>Care Check-In</b> (Nur AS11) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.
	<input type="checkbox"/> Standard	<b>EPR Typ</b>			
	<input type="checkbox"/> Sanft	<input type="checkbox"/> Nur Rampe			
		<input type="checkbox"/> Vollzeit			

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

<b>Patient/in</b>	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
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

<b>Verordner</b>	Ansprechpartner Institution / Ordination		Unterschrift und Stempel / Verordner
	Telefonnummer der Station	Datum / Ort	

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen: