



Verordnungsformular Pace Wave

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

Patientendaten	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Vor- und Zuname</td> <td style="width: 15%;">Geschlecht</td> <td style="width: 35%;">Krankenkasse</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F</td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PLZ <input style="width: 100px;" type="text"/></td> <td>Ort <input style="width: 100px;" type="text"/></td> <td>Versicherungsnummer</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Strasse</td> <td>Entlassungsdatum</td> <td>Geburtsdatum (dd/mm/yy)</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)</td> <td colspan="2">Telefonnummer des Patienten</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td colspan="2"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2"><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: 100px;" type="text"/>	Ort <input style="width: 100px;" type="text"/>	Versicherungsnummer			<input style="width: 100px;" type="text"/>	Strasse	Entlassungsdatum	Geburtsdatum (dd/mm/yy)	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Telefonnummer des Patienten		<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>			Name Angehöriger / Sachwalter / 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: 100px;" type="text"/>	Ort <input style="width: 100px;" type="text"/>	Versicherungsnummer																													
		<input style="width: 100px;" type="text"/>																													
Strasse	Entlassungsdatum	Geburtsdatum (dd/mm/yy)																													
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>	<input style="width: 100px;" type="text"/>																													
Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Telefonnummer des Patienten																														
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																														
	Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer																														
	<input style="width: 95%;" type="text"/>																														
Diagnose	<p>Die Indikationsdiagnose, sowie alle notwendigen Indikationsbefunde wurden entsprechend den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie erstellt und dokumentiert.</p> <p style="text-align: right;">AHI</p> <p style="text-align: right;"><input style="width: 150px;" type="text"/></p>																														
Therapiegerät	<p><input type="checkbox"/> Air Curve 10 CS PaceWave</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges Therapiegerät (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Atemhilfsmittel Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner: <input style="width: 150px;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff</p> <p><input type="checkbox"/> Patient erhält den ClimateLineAir™ Oxy <small>*ggf. medizinische Begründung für ClimateLine™ Oxy im Feld Notiz.</small></p>																														
Geräteeinstellungen	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Modus</td> <td style="width: 10%;">EPAP</td> <td style="width: 10%;">MinEPAP</td> <td style="width: 10%;">MaxEPAP</td> <td style="width: 10%;">MinDU</td> <td style="width: 10%;">MaxDU</td> <td style="width: 10%;">MaxRampe</td> <td style="width: 10%;">StartEPAP</td> <td style="width: 10%;">SmartStart</td> </tr> <tr> <td>ASV</td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td></td> <td></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>ASV Auto</td> <td></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> </table> <p>Einstellungsänderung</p> <p><input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt.</p> <p><input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.</p>	Modus	EPAP	MinEPAP	MaxEPAP	MinDU	MaxDU	MaxRampe	StartEPAP	SmartStart	ASV	<input style="width: 50px;" type="text"/>			<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	ASV Auto		<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>											
Modus	EPAP	MinEPAP	MaxEPAP	MinDU	MaxDU	MaxRampe	StartEPAP	SmartStart																							
ASV	<input style="width: 50px;" type="text"/>			<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>																							
ASV Auto		<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>	<input style="width: 50px;" type="text"/>																							
Zubehör	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p> <p>Ausatemsystem Bezeichnung</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske:</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> FullFace* <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster</p> </td> </tr> </table>	<p>Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p> <p>Ausatemsystem Bezeichnung</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p>	<p>Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske:</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> FullFace* <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster</p>																												
<p>Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p> <p>Ausatemsystem Bezeichnung</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p>	<p>Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske:</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> FullFace* <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster</p>																														
Notiz	<div style="border: 1px solid black; height: 40px;"></div>																														
Patient/in	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 35%; vertical-align: top;"> <p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt oben genannter Geräte / Zubehör inklusive Gebrauchsanweisung und Reinigungsanleitung sowie die Einweisung in diese.</p> </td> <td style="width: 20%; vertical-align: top;"> <p>Datum / Ort</p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p> </td> <td style="width: 45%; vertical-align: top;"> <p>Unterschrift Patient / Angehöriger / Erwachsenenvertreter</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p> </td> </tr> </table>	<p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt oben genannter Geräte / Zubehör inklusive Gebrauchsanweisung und Reinigungsanleitung sowie die Einweisung in diese.</p>	<p>Datum / Ort</p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p>Unterschrift Patient / Angehöriger / Erwachsenenvertreter</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p>																											
<p>Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt oben genannter Geräte / Zubehör inklusive Gebrauchsanweisung und Reinigungsanleitung sowie die Einweisung in diese.</p>	<p>Datum / Ort</p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p>Unterschrift Patient / Angehöriger / Erwachsenenvertreter</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p>																													
Verordner	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Ansprechpartner Institution / Ordination</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p> <p>Telefonnummer der Station <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Datum / Ort <input style="width: 100px;" type="text"/></p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>Unterschrift und Stempel / Verordner</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p> </td> </tr> </table>	<p>Ansprechpartner Institution / Ordination</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p> <p>Telefonnummer der Station <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Datum / Ort <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>Unterschrift und Stempel / Verordner</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p>																												
<p>Ansprechpartner Institution / Ordination</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p> <p>Telefonnummer der Station <input style="width: 100px;" type="text"/></p> <p>Datum / Ort <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>Unterschrift und Stempel / Verordner</p> <p><input style="width: 95%;" type="text"/></p>																														

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen:

VF016-V06-09.07.2022