



Verordnungsformular Pace Wave

Dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse

Erstverordnung Weiterverordnung Umverordnung

ggf. medizinische Begründung für Umverordnung im Feld Notiz.

Fax an:
04242 4308304
Vielen Dank!
Filiale Villach

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>M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>PLZ <input style="width: 15%;" type="text"/> Ort <input style="width: 35%;" type="text"/></td> <td>Versicherungsnummer</td> <td>Geburtsdatum (dd/mm/yy)</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Strasse</td> <td>Entlassungsdatum</td> <td>Telefonnummer des Patienten</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td>Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)</td> <td colspan="2">Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td colspan="2"><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Vor- und Zuname	Geschlecht	Krankenkasse	<input style="width: 95%;" type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	PLZ <input style="width: 15%;" type="text"/> Ort <input style="width: 35%;" type="text"/>	Versicherungsnummer	Geburtsdatum (dd/mm/yy)	<input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/>	Strasse	Entlassungsdatum	Telefonnummer des Patienten	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer		<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>				
Vor- und Zuname	Geschlecht	Krankenkasse																										
<input style="width: 95%;" type="text"/>	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																										
PLZ <input style="width: 15%;" type="text"/> Ort <input style="width: 35%;" type="text"/>	Versicherungsnummer	Geburtsdatum (dd/mm/yy)																										
<input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/> <input style="width: 20%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/>	<input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/> <input style="width: 15%;" type="text"/>																										
Strasse	Entlassungsdatum	Telefonnummer des Patienten																										
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																										
Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer																											
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<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; height: 20px;" 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: 350px;" type="text"/></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Atemhilfsmittel Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner: <input style="width: 350px;" 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="text-align: left;">Modus</td> <td style="text-align: center;">EPAP</td> <td style="text-align: center;">MinEPAP</td> <td style="text-align: center;">MaxEPAP</td> <td style="text-align: center;">MinDU</td> <td style="text-align: center;">MaxDU</td> <td style="text-align: center;">MaxRampe</td> <td style="text-align: center;">StartEPAP</td> <td style="text-align: center;">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> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></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> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 50px;" type="text"/></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"/>	<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"/>
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;"> Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung <input style="width: 95%;" type="text"/> Ausatemsystem Bezeichnung <input style="width: 95%;" type="text"/> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske: <input style="width: 95%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> FullFace* <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster </td> </tr> </table>	Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung <input style="width: 95%;" type="text"/> Ausatemsystem Bezeichnung <input style="width: 95%;" type="text"/>	Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske: <input style="width: 95%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> FullFace* <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster																									
Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung <input style="width: 95%;" type="text"/> Ausatemsystem Bezeichnung <input style="width: 95%;" type="text"/>	Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske: <input style="width: 95%;" type="text"/> <input type="checkbox"/> FullFace* <input type="checkbox"/> Nasal <input type="checkbox"/> Nasenpolster																											
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;"> Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Erhalt oben genannter Geräte / Zubehör inklusive Gebrauchsanweisung und Reinigungsanleitung sowie die Einweisung in diese. </td> <td style="width: 20%; vertical-align: top;">Datum / Ort</td> <td style="width: 45%; vertical-align: top;">Unterschrift Patient / Angehöriger / Erwachsenenvertreter</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/></td> </tr> </table>	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 style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/>																					
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 style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 30px;" type="text"/>																										
Verordner	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;">Anspruchspartner Institution / Ordination</td> <td style="width: 40%;"></td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Telefonnummer der Station</td> <td>Datum / Ort</td> </tr> <tr> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> <td><input style="width: 95%;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right; padding-top: 10px;">Unterschrift und Stempel / Verordner</td> </tr> </table>	Anspruchspartner Institution / Ordination		<input style="width: 95%;" type="text"/>		Telefonnummer der Station	Datum / Ort	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	Unterschrift und Stempel / Verordner																		
Anspruchspartner Institution / Ordination																												
<input style="width: 95%;" type="text"/>																												
Telefonnummer der Station	Datum / Ort																											
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>																											
Unterschrift und Stempel / Verordner																												

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen: