VIVISOL
Home Care Services
SOLGROUP

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

Vor- und Zuname

Geschlecht: M F

Krankenkasse

PLZ

Ort

Versicherungsnummer

Geburtsdatum *(dd/mm/yy)*

Strasse

Entlassungsdatum

Telefonnummer des Patienten

Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)

Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer

Diagnose

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

AHI

Therapiegerät

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

☐ AirCurve 10 CS-A PaceWave

☐ **Sonstiges Therapiegerät** (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller:

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

☐ Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff

☐ Patient erhält den ClimateLineAir™ Oxy *ggf. medizinische Begründung für ClimateLine™ Oxy im Feld Notiz.

Geräteeinstellungen

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen:

Modus	EPAP	MinEPAP	MaxEPAP	MinDU	MaxDU	MaxRampe	StartEPAP	SmartStart
ASV								
ASV Auto								

Einstellungsänderung

☐ Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt.

☐ Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.

Zubehör

Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung

Ausatemsystem Bezeichnung

Maske Bezeichnung / Größe *ggf. medizinische Begründung für eine Vollgesichtsmaske:

☐ FullFace* ☐ Nasal ☐ Nasenpolster

Notiz

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

VIVISOL ist verpflichtet - im Falle der Verordnung eines Therapiegerätes auch Depotgeräte einzusetzen.

VIVISOL
Heimbehandlungsgeräte Ges.m.b.H.
Piccostraße 14
9500 Villach · Austria
t +43 4242 43 08 300
f +43 4242 43 08 304
e office@vivisol.at
www.vivisol.at

Servicenummer für Erstbestellungen
+43 4242 43 08 300
schlaf@vivisol.at

Wir sind für Sie da
Mo-Do 08:00-17:00
Freitag 08:00-14:30

SOLGROUP
a breath of life

VF017-V06-29.11.2023