



Verordnungsformular BiLevel S/ST

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	Krankenkasse
	PLZ	Ort	Versicherungsnummer
	Strasse	Entlassungsdatum	Geburtsdatum (dd/mm/)
	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Name Angehöriger / Sachwarter / Telefonnummer	Telefonnummer des Patienten

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

AHI

BiLevel S	Auto-BiLevel	BiLevel ST
<input type="checkbox"/> Air Curve 10 S	<input type="checkbox"/> Air Curve 10 VAuto	<input type="checkbox"/> Air Curve 10 ST
<input type="checkbox"/> Sonstiges Therapiegerät (Gerät ist oben nicht angeführt) Bezeichnung / Hersteller:		
<input checked="" type="checkbox"/> Atemhilfsmittel Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:		
<input type="checkbox"/> Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff		

Modus	EPAP	IPAP	AF	DU	Druckanstieg	Ti. min.	Ti. max.	Ti.	Tg I.	Tg E.	Max. Rampe	Start EPAP	Smart-start	Lackage Alarm
Spont			aus / 10											
ST														
Timed														
VAuto	min. EPAP	max. IPAP												

Zubehör

Atemluftbefeuchter Bezeichnung / Seriennummer *ggf. medizinische Begründung

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

Patient erhält den ClimateLineAir™ Oxy

FullFace* Nasal Nasenpolster

Notiz

Einstellungsänderung

Änderungen wurden bereits vom Schlaflabor durchgeführt. Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.

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

Anspruchspartner 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: