



Verordnungsformular myAIRVO2

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

Patientendaten

Vor- und Zuname		Geschlecht		Krankenkasse	
<input type="text"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	
PLZ	Ort	Versicherungsnummer		Geburtsdatum (dd/mm/yy)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Strasse		Entlassungsdatum		Telefonnummer des Patienten	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)		Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			

Diagnose

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

Therapiegerät

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Nasale Highflow Therapiegerät zu bewilligen:

Erwachsener Kind

myAirvo2 Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:

Patient benötigt zusätzlich Sauerstoff: ____ l/min.

VIVISOL

andere Firma

Einstellungen & Zubehörpakete

Erwachsene			Kinder				
Flowbereich	<input type="text"/>	Temperatur	<input type="checkbox"/> 31°C <input type="checkbox"/> 34°C <input type="checkbox"/> 37°C	Flowbereich	<input type="text"/>	Temperatur	<input checked="" type="checkbox"/> 34°C
Paket 1	Paket 2	Paket 3	Paket 4				
Hoher Flowbedarf Klinikversion	Hoher Flowbedarf Homecareversion	Niedriger Flowbedarf Homecareversion	Kinder und Jugendliche				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Optiflow Nasenkanüle <input type="checkbox"/> Small (4571) <input type="checkbox"/> Medium (4572) <input type="checkbox"/> Large (4573)	Optiflow Nasenkanüle <input type="checkbox"/> Small (4571) <input type="checkbox"/> Medium (4572) <input type="checkbox"/> Large (4573)	Optiflow Nasenkanüle <input type="checkbox"/> Small (4571) <input type="checkbox"/> Medium (4572) <input type="checkbox"/> Large (4573)	Optiflow Junior Nasenkanüle <input type="checkbox"/> Kind (4576) <input type="checkbox"/> Kleinkind (4575)				
Schlauch und Kammereset EW (4569)	Schlauch und Kammereset EW (4569)	Schlauch (4568)	Schlauch und Kammereset Junior (4570)				
Sterilwasser (5061) _____ Stk.	Wasserbeutel (5602)	Mehrwegwasserkammer (5593)	Sterilwasser (5061) _____ Stk.				
Optional			Optional				
<input type="checkbox"/> Tischständer (4581) <input type="checkbox"/> Klinikständer (4582) <input type="checkbox"/> Optiflow Tracheostomie Direktanschluss (4574) <input type="checkbox"/> Sauerstoffzufuhr Kit mit Verlängerung (4578) <input type="checkbox"/> Luftfilter 2 Stk. (4584)			<input type="checkbox"/> Sauerstoffzufuhr Kit mit Verlängerung (4578) <input type="checkbox"/> JuniorLowFlow Sauerstoffzufuhrschlauch Adapter (4825) <input type="checkbox"/> Luftfilter 2 Stk. (4584) <input type="checkbox"/> Wigglepads Optiflow Junior (4577) (20 Stk/Packung) _____ Pkg.				

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

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen. Wir bitten außerdem bei dem Patienten folgendes Paket zu bewilligen:

Bitte vollständig ausfüllen

Bitte ankreuzen

VF027-V08-09.02.2022