

Bitte vollständig ausfüllen

Geräteeinstellungen

Patientendaten	Vor- und Zuname	Geschlecht	Krankenkasse
	PLZ	Ort	Versicherungsnummer
	Strasse	Entlassungsdatum	Geburtsdatum (dd/mm/yy)
	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Name Angehöriger / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer	Telefonnummer des Patienten

Therapiegerät

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Therapiegerät zu bewilligen:

Clearway 2 Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner: _____ Externer Akku Seriennummer _____ Richtwert lt. DGP S2 Leitlinie (PCF <-270 l/min.) _____

Zubehör	Wir bitten für den oben genannten Patienten folgendes Zubehör zu bewilligen: Bitte bei nichtinvasiven Patienten immer Maske plus Schlauchset verordnen.	Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen:				
	Maske Erwachsene Größe XL / Artikelnr. 6649 <input type="checkbox"/> Stk.	Geräteeinstellung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
	Maske Erwachsene Größe L / Artikelnr. 6648 <input type="checkbox"/> Stk.	Modus	<input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Basis Auto <input type="checkbox"/> Programmiert	<input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Basis Auto <input type="checkbox"/> Programmiert	<input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Basis Auto <input type="checkbox"/> Programmiert	<input type="checkbox"/> Manuell <input type="checkbox"/> Basis Auto <input type="checkbox"/> Programmiert
	Maske Erwachsene Größe M / Artikelnr. 6647 <input type="checkbox"/> Stk.	INS Atemzüge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Maske Erwachsene Größe S / Artikelnr. 6646 <input type="checkbox"/> Stk.	INS Typ	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Maske Neugeborene / Artikelnr. 6643 <input type="checkbox"/> Stk. <small>+Adapter / Artikelnr. 4020</small>	Rekrutierungsatemzüge	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Maske Säugling / Artikelnr. 6644 <input type="checkbox"/> Stk. <small>+Adapter / Artikelnr. 4020</small>	Behandlungszyklen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Maske Kind / Artikelnr. 6645 <input type="checkbox"/> Stk.	Ins Trigger (off,1-10)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Mundstück gerade, VE=10 Stück / Artikelnr. 6640 <input type="checkbox"/> Stk.	Insufflation (cm H₂O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Schlauchsystem mit Bakterienfilter / Artikelnr. 6638 (auch für Trachostomie-Anschluss geeignet) <input type="checkbox"/> Stk.	Anstieg (1-10)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Invasives Zubehör	Einatmungszeit (Ti)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Bakterienfilter / Artikelnr. 6642, VE=10Stk. <input type="checkbox"/> Pak.	Exsufflation (cm H₂O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Gänsegurgel / Artikelnr. 6641, VE=10St. <input type="checkbox"/> Pak.	Ausatmungszeit (Te)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NIV/ IPPB Zubehör	Pausendauer (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NIV IPPB Schlauchsystem / Artikelnr. 6671, VE=10Stk. <input type="checkbox"/> Pak.	Oszillation	<input type="checkbox"/> Einatmen <input type="checkbox"/> Ausatmen <input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> Einatmen <input type="checkbox"/> Ausatmen <input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> Einatmen <input type="checkbox"/> Ausatmen <input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> Einatmen <input type="checkbox"/> Ausatmen <input type="checkbox"/> AUS	
Einstellungsänderungen	Frequenz (Hz)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Änderungen wurden bereits von der Fachabteilung durchgeführt.	INS (cm H₂O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.	EXS (cm H₂O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Notiz						

Verordner

Ansprechpartner Institution / Ordination _____

Telefonnummer der Station _____ Datum / Ort _____

Unterschrift und Stempel / Verordner _____



Seite 2

Modus: IPPB

Flow (l/min.)

Max Insp. Druck

Plateau

Triggerstufe

Modus: NIV (15 min.)

IPAP

Ti (sec.)

EPAP

Triggerstufe

Backup

IPPB bzw. NIV Modus dürfen nur NICHT INVASIV verwendet werden.

Bitte vollständig ausfüllen