

Bitte vollständig ausfüllen

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

**Therapiegerät**

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Therapiegerät zu bewilligen:

**Cough Assist E 70** Seriennummer bei Ausgabe an den Patient durch den Verordner:  Externer Akku Seriennummer  Richtwert lt. DGP S2 Leitlinie (PCF <-270 l/min.)

<b>Zubehör</b>	Wir bitten für den oben genannten Patienten folgendes Zubehör zu bewilligen:	Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen:																																																																															
	<p><b>Paket Erwachsene Größe L / Artikelnr. 3202</b> <input type="checkbox"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)</p> <p><b>Paket Erwachsene Größe M / Artikelnr. 3203</b> <input type="checkbox"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)</p> <p><b>Paket Erwachsene Größe S / Artikelnr. 3204</b> <input type="checkbox"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)</p> <p><b>Paket Kleinkinder / Artikelnr. 4309</b> <input type="checkbox"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)</p> <p><b>Paket Kinder / Artikelnr. 3828</b> <input type="checkbox"/> Stk. (beinhaltet Bakterienfilter, Schlauch, Maske, Adapter)</p> <p><b>Mundstückset / Artikelnr. 625</b> <input type="checkbox"/> Stk.</p> <p><b>Tracheostomie-Anschlussset / Artikelnr. 626</b> <input type="checkbox"/> Stk.</p> <p><b>Invasives Zubehör</b></p> <p><b>Bakterienfilter / Artikelnr. 513</b> <input type="checkbox"/> Stk.</p> <p><b>Gänsegurgel / Artikelnr. 538</b> <input type="checkbox"/> Stk.</p>	<p><b>Geräteeinstellung</b></p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/> 1</td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Manuell</td> <td><input type="checkbox"/> Manuell</td> <td><input type="checkbox"/> Manuell</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Auto</td> <td><input type="checkbox"/> Auto</td> <td><input type="checkbox"/> Auto</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Atemzüge vor Therapie</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Druck vor Therapie (cm H<sub>2</sub>O)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> niedrig</td> <td><input type="checkbox"/> niedrig</td> <td><input type="checkbox"/> niedrig</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> mittel</td> <td><input type="checkbox"/> mittel</td> <td><input type="checkbox"/> mittel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> hoch</td> <td><input type="checkbox"/> hoch</td> <td><input type="checkbox"/> hoch</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Zeit vor Therapie (sec.)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Pause vor Therapie (sec.)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Anzahl Hustenstöße</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> EIN</td> <td><input type="checkbox"/> EIN</td> <td><input type="checkbox"/> EIN</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AUS</td> <td><input type="checkbox"/> AUS</td> <td><input type="checkbox"/> AUS</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Einatmungsdruck (cm H<sub>2</sub>O)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> niedrig</td> <td><input type="checkbox"/> niedrig</td> <td><input type="checkbox"/> niedrig</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> mittel</td> <td><input type="checkbox"/> mittel</td> <td><input type="checkbox"/> mittel</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> hoch</td> <td><input type="checkbox"/> hoch</td> <td><input type="checkbox"/> hoch</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Einatmungszeit (sec.)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Ausatmungsdruck (cm H<sub>2</sub>O)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Ausatmungszeit (sec.)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Pausendauer (sec.)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Einatmen</td> <td><input type="checkbox"/> Einatmen</td> <td><input type="checkbox"/> Einatmen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ausatmen</td> <td><input type="checkbox"/> Ausatmen</td> <td><input type="checkbox"/> Ausatmen</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> AUS</td> <td><input type="checkbox"/> AUS</td> <td><input type="checkbox"/> AUS</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Frequenz (Hz)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td><input type="text"/> Amplitude (cm H<sub>2</sub>O)</td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> Manuell	<input type="checkbox"/> Manuell	<input type="checkbox"/> Manuell	<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Auto	<input type="text"/> Atemzüge vor Therapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Druck vor Therapie (cm H <sub>2</sub> O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="text"/> Zeit vor Therapie (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Pause vor Therapie (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Anzahl Hustenstöße	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> EIN	<input type="checkbox"/> EIN	<input type="checkbox"/> EIN	<input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> AUS	<input type="text"/> Einatmungsdruck (cm H <sub>2</sub> O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="text"/> Einatmungszeit (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Ausatmungsdruck (cm H <sub>2</sub> O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Ausatmungszeit (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Pausendauer (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Einatmen	<input type="checkbox"/> Einatmen	<input type="checkbox"/> Einatmen	<input type="checkbox"/> Ausatmen	<input type="checkbox"/> Ausatmen	<input type="checkbox"/> Ausatmen	<input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> AUS	<input type="text"/> Frequenz (Hz)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> Amplitude (cm H <sub>2</sub> O)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3																																																																															
<input type="checkbox"/> Manuell	<input type="checkbox"/> Manuell	<input type="checkbox"/> Manuell																																																																															
<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Auto																																																																															
<input type="text"/> Atemzüge vor Therapie	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																															
<input type="text"/> Druck vor Therapie (cm H <sub>2</sub> O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																															
<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> niedrig																																																																															
<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> mittel																																																																															
<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> hoch																																																																															
<input type="text"/> Zeit vor Therapie (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																															
<input type="text"/> Pause vor Therapie (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																															
<input type="text"/> Anzahl Hustenstöße	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																															
<input type="checkbox"/> EIN	<input type="checkbox"/> EIN	<input type="checkbox"/> EIN																																																																															
<input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> AUS																																																																															
<input type="text"/> Einatmungsdruck (cm H <sub>2</sub> O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																															
<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> niedrig	<input type="checkbox"/> niedrig																																																																															
<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> mittel																																																																															
<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> hoch																																																																															
<input type="text"/> Einatmungszeit (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																															
<input type="text"/> Ausatmungsdruck (cm H <sub>2</sub> O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																															
<input type="text"/> Ausatmungszeit (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																															
<input type="text"/> Pausendauer (sec.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																															
<input type="checkbox"/> Einatmen	<input type="checkbox"/> Einatmen	<input type="checkbox"/> Einatmen																																																																															
<input type="checkbox"/> Ausatmen	<input type="checkbox"/> Ausatmen	<input type="checkbox"/> Ausatmen																																																																															
<input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> AUS	<input type="checkbox"/> AUS																																																																															
<input type="text"/> Frequenz (Hz)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																															
<input type="text"/> Amplitude (cm H <sub>2</sub> O)	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																																																															

Geräteeinstellungen

**Notiz**

Änderungen wurden bereits von der Fachabteilung durchgeführt.

Änderungen müssen von VIVISOL durchgeführt werden.

**Verordner**

Ansprechpartner Institution / Ordination

Telefonnummer der Station  Datum / Ort

Unterschrift und Stempel / Verordner