



# 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

<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 / Erwachsenenvertreter / Telefonnummer	Telefonnummer des Patienten

**Diagnose**

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

**AHI**

**Therapiegerät**

AirCurve 10 CS-A PaceWave (max. Druck 30 cmH2O)  AirCurve 11 ASV PaceWave (max. Druck 25 cmH2O)

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.

**Geräteinstellungen**

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

Wir bitten bei oben genannten Patienten folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteinstellungen empfohlen: