Airvo 2 Highflow-Therapie - Verordnungsformular

DaMe Befundübermittlung von A1: ME-Code MEVITALA

Mail: **medizin.at@airliquide.com** Fax: **0316 4691-122** oder **01 701 09-122**
Telefon für Verordner: **01 26200** Telefon für Patienten: **0810 242 144**

VitalAire Home Healthcare

Ärztliche Verordnung eines Therapiegeräts inkl. Zubehör

☐ Erstverordnung
☐ Weiterverordnung
☐ Maskenänderung
☐ Einstelländerung
☐ Patient bekommt zusätzlich Sauerstoff

(dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse)

Herr/Frau Vor- und Zuname

PLZ Ort/Straße

Versicherungsnummer/Geburtsdatum Krankenkasse

Telefon E-Mail

Angehörige/r

Telefon Angehörige/r Entlassungsdatum

Wir ersuchen, für oben genannte/n Patienten/in folgendes Atemhilfsmittel zu bewilligen:

☐ Airvo 2 Highflow Luftbefeuchter mit Klinikzubehör: selbstbefüllende Wasserkammer mit einem 1000 ml wiederbefüllbaren Wasserbeutel, Kompaktständer

!!!Achtung: Sterilwasser muss der/die Patient/in selbst besorgen!!!

Indikationsdiagnose: _____

_____

Geräteinstellung

Flow _____ l/min

O_2 _____ (= _____ l/min O_2)

Temperatur ☐ **31 °C** ☐ **34 °C** ☐ **37 °C**

☐ Nasenkanüle Größe ☐ S ☐ M ☐ L

☐ Tracheostomie-Interface

☐ Sonstiges: _____

Übernahme: Hiermit bestätige ich den Erhalt des o.g. Gerätes inkl. Zubehör sowie Einweisung in dieses.

Patient: Unterschrift **Datum**

Verordner: Unterschrift/Stempel **Datum**

Name Ansprechpartner: _____ Tel. Nr. der Abteilung: _____