

Verordnungsformular Airvo 2 Highflow-Therapie

Fax: 01 70109-122 Telefon für Verordner: 01 26200
Telefon für Patienten: 0810 242 144
Mail: medizin.at@airliquide.com



Ärztliche Verordnung eines Therapiegeräts inkl. Zubehör

- Erstverordnung
- Umverordnung
- Einstelländerung

(dient zur Vorlage bei der
zuständigen Krankenkasse)

Herr/Frau Vor- und Zuname	
<input type="text"/>	
PLZ	Ort/Straße
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsnummer/Geburtsdatum	Krankenkasse
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	E-Mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Angehörige/r	
<input type="text"/>	
Telefon Angehörige/r	Entlassungsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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	<input type="checkbox"/> 31 °C <input type="checkbox"/> 34 °C <input type="checkbox"/> 37 °C

<input type="checkbox"/> Nasenkanüle Größe	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L
<input type="checkbox"/> Tracheostomie-Interface	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	_____

Verordner: Unterschrift/Stempel	Datum
--	--------------