

BEREICH A: PATIENTEN- UND VERSICHERUNGSMITTELSINFORMATIONEN	
Patient* Nachname	Name der Krankenversicherung
Patient Vorname	Versicherungsnr.
Straße	Hausnummer
PLZ	Ort
Geburtsdatum	

* Aus Gründen der Vereinfachung werden im Formular nur die Begriffe Patient, Ansprechpartner und Arzt verwendet. Gemeint ist jedoch stets eine geschlechtsunabhängige Form.

BEREICH B: DIAGNOSE, VERORDNUNGSDAUER UND AUFKLÄRUNG	
<input type="radio"/> Erstdiagnose <input type="radio"/> bekannte Erkrankung	
Bitte Indikation eintragen	
1. Diagnose und Begründung	
Linksventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF): _____	
Ischämische Ätiologie <input type="checkbox"/> Status nach Myokardinfarkt (MI) [<lt; 40="" bis="" icd-implantation]<br="" tage="" wartezeit="" zur=""></lt;> <input type="checkbox"/> Geplante oder kürzlich durchgeführte chirurgische Revaskularisierung (ACVB) [<lt; 90="" bis="" icd-implantation]<br="" tage="" wartezeit="" zur=""></lt;> <input type="checkbox"/> Geplante oder kürzlich durchgeführte perkutane Revaskularisierung (PTCA) [<lt; 90="" bis="" icd-implantation]<br="" tage="" wartezeit="" zur=""></lt;> <input type="checkbox"/> Neu diagnostizierte ischämische Herzinsuffizienz [<lt; 90="" <="" bis="" icd-implantation]="" tage="" td="" wartezeit="" zur=""> <td> Andere Ätiologie <input type="checkbox"/> Geplante Herztransplantation <input type="checkbox"/> ICD-Implantation verschoben bzw. nicht möglich aufgrund akuter Infektion, intra-ventrikulärer Thrombus oder operativer Eingriff kontraindiziert <input type="checkbox"/> Bereits implantierter Defibrillator (ICD) muss/musste explantiert werden <input type="checkbox"/> Familiäre bzw. vererbte Disposition mit hohem Risiko für lebensbedrohliche ventrikuläre Tachyarrhythmien, z.B. Long QT Syndrom oder hypertrophe Kardiomyopathie <input type="checkbox"/> Plötzlicher Herzstillstand aufgrund Kammerflimmern (VF) oder anhaltender ventrikulärer Tachykardien (VT spontan oder induziert), nicht in Verbindung mit einem Infarkt (> 48 Stunden nach MI) <input type="checkbox"/> Andere Gründe (bitte beschreiben): _____ </td> </lt;>	Andere Ätiologie <input type="checkbox"/> Geplante Herztransplantation <input type="checkbox"/> ICD-Implantation verschoben bzw. nicht möglich aufgrund akuter Infektion, intra-ventrikulärer Thrombus oder operativer Eingriff kontraindiziert <input type="checkbox"/> Bereits implantierter Defibrillator (ICD) muss/musste explantiert werden <input type="checkbox"/> Familiäre bzw. vererbte Disposition mit hohem Risiko für lebensbedrohliche ventrikuläre Tachyarrhythmien, z.B. Long QT Syndrom oder hypertrophe Kardiomyopathie <input type="checkbox"/> Plötzlicher Herzstillstand aufgrund Kammerflimmern (VF) oder anhaltender ventrikulärer Tachykardien (VT spontan oder induziert), nicht in Verbindung mit einem Infarkt (> 48 Stunden nach MI) <input type="checkbox"/> Andere Gründe (bitte beschreiben): _____
Nicht-ischämische Ätiologie <input type="checkbox"/> Neu diagnostizierte nicht-ischämische Herzinsuffizienz, z.B. dilatative Kardiomyopathie (DCM) <input type="checkbox"/> Myokarditis <input type="checkbox"/> Peripartum Kardiomyopathie (PPCM)	
Prozeduren/Interventionen: bitte ankreuzen, falls zutreffend	
<input type="radio"/> TAVI <input type="radio"/> Mitralklappenersatz <input type="radio"/> Aortenklappenersatz	
Verordnungsdauer bitte ankreuzen	
<input type="radio"/> Erstverordnung <input type="radio"/> Folgeverordnung <input type="radio"/> 1 Monat <input type="radio"/> 2 Monate <input type="radio"/> 3 Monate ___ Monate	
Der WCD ist ein entlassrelevantes Hilfsmittel – Versorgung vor Entlassung notwendig	
Geplantes Entlassdatum: ____ 20 _____ geplante Kontrolle/Reevaluation am: ____ ____ 20 ____	

Datum	Unterschrift Patient
-------	----------------------

Klinik-/Praxisstempel	
Datum	Unterschrift Arzt
Die Information zum Datenschutz für den verordnenden Arzt befindet sich auf der letzten Seite.	

PATIENTENINFORMATIONEN

Patient Nachname

Patient Vorname

Patient Geburtsdatum

WEITERE INFORMATIONEN ZUM KRANKHEITSBILD / BEHANDLUNGSPLAN

BEREICH C: GERÄTE-EINSTELLUNGEN

Bitte tragen Sie hier die Einstellungen ein

oder

VT Schwellenwert Herzfrequenz

VF Schwellenwert Herzfrequenz

Schockenergie (Joule)

Schockenergie für alle 5 Entladungen

Voreinstellung: 150 bpm
120-250 bpm, Abstufung je 10

Voreinstellung: 200 bpm
120-250 bpm, Abstufung je 10

Voreinstellung: 150 J
75-150 J, Abstufung je 25

1. ____ 2. ____ 3. ____ 4. ____ 5. ____
Abstufung je 25 zwischen 75 – 150 J

für alle 5 Schockabgaben

Sonstige Einstellungen:

Patient trägt implantierbaren Cardioverter/Defibrillator (ICD) Nein Ja → Antitachykardie Therapie wird/wurde ausgeschaltet?

Patient trägt Herzschrittmacher Nein Ja → Stimulations-Polarität wurde überprüft und ggf. auf bipolar programmiert?

BEREICH D: AUFKLÄRUNG, VERORDNENDER ARZT UND KONTAKTINFORMATIONEN

Der Patient hat ein erhöhtes Risiko einen plötzlichen Herzstillstand zu erleiden, der tödlich enden, neurologische Schädigungen oder andere wesentliche Erkrankungen verursachen kann.

Das HILFSMITTEL muss kontinuierlich – ausgenommen beim Duschen – getragen werden, damit der Herzrhythmus ständig überwacht wird und bei auftretenden symptomatischen Tachykardien unverzüglich ein Behandlungsschock abgegeben werden kann.

Bitte tragen Sie hier Ihre Daten ein

Name des Klinikums

ZPM Clinic-Center-Code (wird vom ZOLL - MA hinzugefügt)

Name und Funktion des behandelnden Arztes

Abteilung

Straße des Klinikums/der ärztlichen Praxis

PLZ Ort

Telefonnummer Arzt

Faxnummer Arzt

Station/Gebäude/Zimmer-Nummer

Ich beantrage eine Kostenübernahme des verordneten Hilfsmittels und entbinde den behandelnden Arzt und den Leistungserbringer von seiner Schweigepflicht im Rahmen der Versorgung mit der LifeVest.

Datum

Unterschrift Patient

Klinik-/Praxisstempel

Datum

Unterschrift Arzt

Die Information zum Datenschutz für den verordnenden Arzt befindet sich auf der letzten Seite.

INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ FÜR DEN VERORDNENDEN ARZT

- **Allgemeine Informationen**
Die Daten des verordnenden Arztes (Name des Arztes, Name des Ansprechpartners, Krankenhaus/Institution, Telefon- bzw. Faxnummer, Unterschrift und Datum etc.) sind personenbezogene Daten. Sollten Ansprechpartner und verordnender Arzt nicht identisch sein, sollte der verordnende Arzt diese Informationen zum Datenschutz an den/ die Ansprechpartner weiterreichen.
- **Zweck und rechtliche Grundlage**
Wir, die ZOLL Medical Österreich GmbH, verarbeiten die Daten des verordnenden Arztes für Abrechnungs- und Erstattungszwecke sowie zur Sicherstellung eines effizienten Patientenbetreuungs- und Verordnungsprozesses. Die Rechtsgrundlage für die Datenerhebung und -verarbeitung ist unser berechtigtes Interesse daran, umfassende Unterstützung rund um die LifeVest zu bieten.
- **Weitergabe/Empfänger**
ZOLL Medical Österreich GmbH wird die Daten des verordnenden Arztes an die ZOLL CMS GmbH in Deutschland weitergeben, um die Verordnung durchführen zu können. Auch ZOLL Services LLC in Pittsburgh (USA) und andere Dritte können ggf. personenbezogene Daten zu Datenverarbeitungszwecken erhalten; dazu haben wir jeweils entsprechende Datenverarbeitungsverträge geschlossen.
- **Internationale Datenübermittlung**
Die von ZOLL Medical Österreich GmbH erhobenen personenbezogenen Daten werden auf ZOLL-Servern gespeichert, die sich außerhalb Österreichs oder des europäischen Wirtschaftsraums befinden können, insbesondere auch in den Vereinigten Staaten von Amerika. Um diese Übermittlung abzusichern, wurden die von der Europäischen Kommission genehmigten Standarddatenschutzklauseln für die Übermittlung von personenbezogenen Daten an Auftragsverarbeiter in Drittländern abgeschlossen.
- **Dauer der Speicherung**
ZOLL Medical Österreich speichert Ihre persönlichen Daten solange wir ein berechtigtes geschäftliches Interesse daran haben. In der Regel bezieht sich dies auf den Verordnungszeitraum und die sich daraus ergebenden gesetzlichen Aufbewahrungspflichten.
- **Datenschutzrechte**
Es bestehen ein Auskunftsrecht, ein Recht auf Berichtigung, ein Recht auf Löschung, ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung, ein Widerspruchsrecht, ein Recht auf Datenübertragbarkeit, ein Recht auf Beschwerde bei der zuständigen Behörde und - falls anwendbar - das Recht, eine erteilte Einwilligung jederzeit zu widerrufen.
- **Kontaktdaten**
ZOLL Medical Österreich GmbH, Wienerbergstrasse 11/12a, 1100 Wien, Telefon +43 (0) 720 902 387; der Datenschutzbeauftragte von ZOLL Medical Österreich GmbH ist unter Dataprotectioninquiries@zoll.com erreichbar.