

## Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel

Geb. Datum (Patient): \_\_\_\_\_

Telefon (Patient): \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

KV-Nr.: \_\_\_\_\_

Pflegeheim: \_\_\_\_\_

Geplante Entlassung: \_\_\_\_\_

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

Diagnose: \_\_\_\_\_

Erwachsenenversorgung Beatmungszeit:  < 16 Std./Tag

Beatmungszugang:

Patientengewicht: \_\_\_\_\_ Kg

Kinderversorgung  > 16 Std./Tag nicht-invasiv

Körpergröße \_\_\_\_\_ cm

### Untersuchungsergebnisse

	Datum	FiO <sub>2</sub> [%]	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	pH	SaO <sub>2</sub>	BE
mit Beatmung							
ohne Beatmung							

### Beatmungsparameter

Anz. Beatmungsmodi: \_\_\_\_\_

Modus	1	2
IPAP (cm H <sub>2</sub> O)		
EPAP (cm H <sub>2</sub> O)		
P Insp. (cm H <sub>2</sub> O)		
PS (cm H <sub>2</sub> O)		
PEEP		
Insp. Kurve/Anstiegszeit		
Exsp. Kurve/Absenkszeit		
Trigger insp.		
Trigger exp.		
EPAP min.		
EPAP max.		

Modus	1	2
f (AZ/min)		
Zielbeatmungsfrequenz (bei iVAPS)		
Ti min. (s)		
Ti max. (s)		
alveoläre Zielventilation		
Ti (s)		
Vt (ml)		
min PS		
max PS		

Oben genannter Patient ist auf eine dauerhafte Beatmungstherapie angewiesen. Es wurde ein Gerät mit sehr guten physikalischen Eigenschaften ausgewählt. Wir bitten darum, den Patienten nicht auf ein anderes Gerät umzuversorgen, da die Versorgung bestmöglich mit dem o.g. Beatmungsgerät sichergestellt ist. Um den Gesundheitszustand des Patienten zu verbessern bzw. zu erhalten und weitere Klinikaufenthalte zu reduzieren, verordnen wir die unten aufgeführten Hilfsmittel.

In der näheren Zukunft ist mit einer Verschlechterung des Zustandes unseres Patienten zu rechnen, der in eine Abhängigkeit von der Beatmungstherapie mündet.  
Aus diesem Grund verordnen wir heute schon ein höherwertiges Beatmungsgerät, welches bei Eintreten der Verschlechterung des Gesundheitszustandes neu verordnet werden müsste.

**Patient**

(Name, Vorname) \_\_\_\_\_

**Geräte nicht-invasiv**

Beatmungsgerät      Typ: \_\_\_\_\_

baugleiches Notfallbeatmungs- bzw. Zweitgerät

externer Akku      Typ: \_\_\_\_\_

Atemgasbefeuchter      Typ: \_\_\_\_\_

**Maske**

Maske      Typ: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

**Sauerstoffnotversorgung**

Konzentrator

Druckminderer mit O<sub>2</sub> Flasche

**Sauerstoffgrundversorgung**

Konzentrator stationär

Konzentrator mobil

Flüssig O<sub>2</sub>

Demand

Ja

Nein

Mobilität/Std. \_\_\_\_\_

Flow

Ruhe \_\_\_\_\_

Belastung \_\_\_\_\_

individuelle Begründung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wir bitten Sie um zeitnahe Kostenübernahme für die verordneten Hilfsmittel und bedanken uns im Namen Ihres Versicherten.

Mit freundlichen Grüßen,

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel, Unterschrift des Arztes/der Klinik