

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 ₂ [%]	PaO ₂	PaCO ₂	pH	SaO ₂	BE
mit Beatmung							
ohne Beatmung							

Beatmungsparameter

Anz. Beatmungsmodi: _____

Modus	1	2
IPAP (cm H ₂ O)		
EPAP (cm H ₂ O)		
P Insp. (cm H ₂ O)		
PS (cm H ₂ 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 O₂ Flasche

Sauerstoffgrundversorgung

Konzentrator stationär

Konzentrator mobil

Flüssig O₂

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