

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel

Telefon (Patient): _____

Kostenträger: _____

KV-Nr.: _____

Pflegeheim: _____

Geplante Entlassung: _____

Diagnose: _____

Erwachsenenversorgung <input type="checkbox"/> Beatmungszeit: <input type="checkbox"/> < 16 Std./Tag Beatmungszugang: <input type="checkbox"/> invasiv Patientengewicht: _____ Kg	Kinderversorgung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> > 16 Std./Tag <input type="checkbox"/> nicht-invasiv Körpergröße _____ cm
Tracheostoma: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wachkoma: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Untersuchungsergebnisse

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

Beatmungsparameter Anz. Beatmungsmodi: _____

Modus	1	2	Modus	1	2
IPAP (cm H ₂ O)			f (AZ/min)		
EPAP (cm H ₂ O)			Zielbeatmungsfrequenz (bei iVAPS)		
P Insp. (cm H ₂ O)			Ti min. (s)		
PS (cm H ₂ O)			Ti max. (s)		
PEEP			alveoläre Zielventilation		
Insp. Kurve/Anstiegszeit			Ti (s)		
Exsp. Kurve/Absenkszeit			Vt (ml)		
Trigger insp.			min PS		
Trigger exp.			max PS		
EPAP min.					
EPAP max.					

- 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) _____

Maske Maske Typ: _____ Größe: _____**Geräte** invasiv

- Beatmungsgerät _____
- baugleiches Notfallbeatmungs-/Zweitgerät
- externer Akku
- Atemgasbefeuchter _____
- Pulsoximeter
- Gerät zur Spotmessung
- Durasensor
- Klebesensor
- Stationäres Gerät mit Einbindung in Rufanlage
- mobiles Absauggerät
- Halterungsset Atemgasbefeuchtung
- saugstarkes stationäres Absauggerät
- Geräteaufnahme, fahrbar

Sauerstoffnotversorgung

- Konzentrator
- Druckminderer mit O₂ Flasche

Sauerstoffgrundversorgung

- Konzentrator stationär Konzentrator mobil
- Flüssig O₂
- Demand Ja Nein Mobilität / Std. _____
- Flow Ruhe _____ Belastung _____

Verneblung

- Inhaliergerät (Kompressor-/Drucklufttechnologie) zur Verwendung unter Spontanatmung
- Ultraschallvernebler zur Anwendung im Beatmungssystem
- Micropumpenvernebler bei 24h Dauerbeatmung zur Anwendung im Beatmungssystem
- Inhalationsmaske Tracheostoma und Verneblerset Sidestream
- LC SPRINT Vernebler Tracheo

Patient

(Name, Vorname) _____

Trachealkanüle Modell _____ Größe _____ REF _____
 Notfall-Trachealkanüle Modell _____ Größe _____ REF _____

Erstversorgungspaket

- Erstversorgungsset invasiv Erwachsene
- Erstversorgungsset invasiv Neo
- Erstversorgungsset invasiv Kinder

Die invasiven Erstversorgungssets beinhalten

- 15 Kanülenhaltebänder
- 30 Trachealkompressen
- 30 Tubusverlängerungen
- 30 Klimatisierungsfüter
- 200 sterile Handschuhe
- 100 Mullkompressen
- 200 Absaugkatheter
- 4 Fingertips
- 1 Einmalspritze 10 ml
- 1 Verbindungsschlauch zu einem Absauggerät
- 1 Testlunge
- 1 Trachealspreizer
- 1 Cuffdruckmesser
- 1 Beatmungsbeutel
- 1 Kanülenreinigungsset

individuelles Zubehör

- Beatmungsbeutel _____ ml
- Trachealspreizer _____ Stk.
- Testlunge _____ Stk.
- Cuffdruckmesser _____ Stk.
- Einschlauchsystem _____ Stk.
- Einschlauchsystem Befeuchtung _____ Stk.
- Tubusverlängerung _____ Stk.
- Absaugkatheter Größe _____ Stk.
- Kanülenhalteband Größe _____ Stk.
- Trachealkompressen _____ Stk.
- Bakterienfilter _____ Stk.
- Kanülenreinigungsbürste _____ Stk.
- Sterilwasser _____ Stk.
- Doppelschlauchsystem _____ Stk.
- Doppelschlauchsystem Befeuchtung _____ Stk.
- Absaugkatheter Größe _____ _____ Stk.
- Fingertip _____ Stk.
- Mull-Kompressen _____ Stk.
- HME Filter _____ Stk.
- Feuchte Nase _____ Stk.
- Einmalspritzen 10 ml _____ Stk.
- Stomatücher _____ Stk.
- Sprechventil _____ Stk.
- Trach-Jell _____ Stk.

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