

Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel

Nachname Patient:
 Vorname Patient:
 Strasse:
 PLZ und Ort:

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

Geb. Datum (Patient): _____
 Telefon (Patient): _____
 E-Mail (Patient): _____
 Kostenträger: _____
 KV-Nr.: _____
 Pflegeheim: _____
 Geplante Entlassung: _____

Diagnose: _____

- Erwachsenenversorgung** >16 Std. / Tag invasiv Körpergröße ____cm Gewicht ____kg
 Kinderversorgung >16 Std. / Tag invasiv Körpergröße ____cm Gewicht ____kg

Untersuchungsergebnisse:

Blutgasanalyse	Datum	O2	PaO2	PaCO2	pH	SaO2	BE	HCO 3
mit Beatmung								
ohne Beatmung								

Programm	1	2	3	4
Modus				
IPAP / P Insp.				
EPAP / PEEP				
PS / DU				
Trigger insp.				
Trigger exp.				
Insp. Kurve/Anstiegszeit				
Exsp. Kurve/Absenkzeit				
F / AF				
Ti min.				
Ti max.				
Ti / Ti timed				

Programm	1	2	3	4
Vt / Zielvolumen				
Triggersperrzeit				
Air Trap Control				
Delta P				
min PS				
max PS				
LB Wartezeit				
LB Druck				
Zielbeatmungsfrequenz				
Alveoläre Zielventilation				

- Oben genannter Patient ist auf eine dauerhafte Beatmungstherapie angewiesen. Es wurde ein Gerät mit sehr guten physikalischen Eigenschaften gewählt. Wir bitten darum, den Patienten nicht auf ein anderes Gerät um zu versorgen, da die Versorgung bestmöglich mit dem genannten Beatmungsgerät sichergestellt ist. Um den Gesundheitszustand des Patienten zu verbessern bzw. zu erhalten und weitere Klinikaufenthalte zu reduzieren, verordnen wir die 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:

- Beatmungsgerät _____
- baugleiches Zweitgerät (Notfallgerät)
- externer Akku
- Atemgasbefeuchter _____
- Pulsoximeter
- Durasensor Klebesensor
- stationäres Absauggerät mobiles Absauggerät
- Halterungsset Atemgasbefeuchter
- Geräteaufnahme, fahrbar
- Inhaliergerät (Kompressor-/Drucklufttechnologie) zur Verwendung unter Spontanatmung
- Vernebler zur Anwendung im Beatmungssystem
- Vernebler bei 24h Dauerbeatmung zur Anwendung im Beatmungssystem
- stationärer Sauerstoffkonzentrator mobiler Sauerstoffkonzentrator
- _____

Maske:

Typ: _____ Größe: _____

Individuelles Zubehör:

- Testlunge _____ Stk.
- Einschlauchsystem _____ Stk.
- Einschlauchsystem Befeuchtung _____ Stk.
- Leckageschlauchsystem _____ Stk.
- Leckageschlauchsystem Befeuchtung _____ Stk.
- Doppelschlauchsystem _____ Stk.
- Doppelschlauchsystem Befeuchtung _____ Stk.
- Bakterienfilter _____ Stk.
- HME Filter _____ Stk.
- Tubusverlängerung _____ Stk.
- Sterilwasser _____ Stk.
- Leckageadapter _____ Stk.
- _____ _____ 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