

Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel

Nachname Patient:
 Vorname Patient:
 Geb. Datum:
 Strasse:
 PLZ und Ort:

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

Telefon (Patient): _____
 E-Mail (Patient): _____
 Kostenträger: _____
 Versicherungs Nr.: _____
 Geplante Entlassung: _____
 Pflegeheim: _____

Diagnose: _____

- Erwachsenenversorgung
 Kinderversorgung
 invasiv
 nicht invasiv
 <16 Std. / Tag
 >16 Std. / Tag
 Verordnete Beatmungsdauer: _____ Std. / Tag

Untersuchungsergebnisse:

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

Programm	1	2	3	4
Geschwindigkeit				
Delta P				
Triggersperrzeit				
Air Trap Control				
min PS				
max PS				
LB Wartezeit				
LB Druck				
Zielbeatmungsfrequenz				
Alveoläre Zielventilation				
Körpergröße (cm)				
Gewicht (kg)				

- 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 _____
- Atemgasbefeuchter _____
- baugleiches Zweitgerät externer Akku
- Halterungsset Atemgasbefeuchter Geräteaufnahme, fahrbahr
- Pulsoximeter Durasensor Klebesensor
- stationäres Absauggerät mobiles Absauggerät
- Vernebler zur Anwendung im Beatmungssystem (<16 Std.)
- Micropumpenvernebler bei lebenserhaltender Beatmung (>16 Std.)
- _____

Maske:

Typ: _____ Größe: _____ Hospitalmaske Größe: _____

Individuelles Zubehör:

- | | | | |
|--|-----------|--|------------|
| <input type="checkbox"/> Testlunge | _____ Stk | <input type="checkbox"/> Einschlauchsystem | _____ Stk. |
| <input type="checkbox"/> Einschlauchsystem Befeuchtung | _____ Stk | <input type="checkbox"/> Leckageschlauchsystem | _____ Stk. |
| <input type="checkbox"/> Leckageschlauchsystem Befeuchtung | _____ Stk | <input type="checkbox"/> Doppelschlauchsystem | _____ Stk. |
| <input type="checkbox"/> Doppelschlauchsystem Befeuchtung | _____ Stk | <input type="checkbox"/> Bakterienfilter | _____ Stk |
| <input type="checkbox"/> HME Filter | _____ Stk | <input type="checkbox"/> Tubusverlängerung | _____ Stk |
| <input type="checkbox"/> Sterilwasser | _____ Stk | <input type="checkbox"/> Leckageadapter | _____ Stk. |
| <input type="checkbox"/> Beatmungsbeutel | _____ Stk | <input type="checkbox"/> _____ | _____ Stk. |

Sauerstoff:

		in Ruhe				unter Belastung				
O2		SaO2	PO2	PCO2	pH	SaO2	PO2	PCO2	pH	Nachts
	ohne									
	mit l/min									
	mit l/min									

- Konzentrador stationär Konzentrador mobil
 - Flüssig-Sauerstoff Vollversorgung Flüssig-Sauerstoff Teilversorgung (nur mobil)
 - 2 l Stahlflasche (nur für kurzfristige Mobilität)
- Mobilität außer Haus / in der Pflegeeinrichtung _____ Std./Tag

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