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 exsp.				
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:

☐ 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.
☐ Beatmungsbeutel	____ Stk	☐ _____	____ Stk.

Sauerstoff:

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

☐ Konzentrator stationär ☐ Konzentrator mobil

☐ Flüssig-Sauerstoff Vollversorgung ☐ Flüssig-Sauerstoff Teilversorgung (nur mobil)

☐ 2 l Stahldruckflasche (nur für kurzfristige Mobilität) Mobilität außer Haus / in der Pflegeeinrichtung _____ Std./Tag

Sauerstoff-Fluss: in Ruhe: _____l/min unter Belastung: _____l/min Nachts: _____l/min

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