

Nachname Patient: _____

Vorname Patient: _____

Geb. Datum: _____

Strasse: _____

PLZ und Ort: _____

Telefon (Patient): _____

E-Mail (Patient): _____

Kostenträger: _____

Versicherungs Nr.: _____

Geplante Entlassung: _____

Pflegeheim: _____

Diagnose: _____

Untersuchungsergebnisse

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

Beatmungsparameter

PSV/ST	<input type="checkbox"/>	Inspirationstrigger		Ziel-Vt	
(a)PCV	<input type="checkbox"/>	↳ <input type="checkbox"/> Minustrigger		Delta Druck max	
PLBV	<input type="checkbox"/>	↳ <input type="checkbox"/> Nullflusstrigger		Max Druckzugabe	
Auto PLBV	<input type="checkbox"/>	Expirationstrigger		Triggersperrzeit	
IPAP		Anstiegszeit		LB-Wartezeit	
EPAP		Absenkezeit		LB- Druck	
Ti (min / max)		Backup-/Atemfrequenz			

Verordnete Beatmungsdauer: _____ Std. / Tag

Maske Typ: _____ Größe: S M L _____

Geräte

- Beatmungsgerät eva
 Atemgasbefeuchter eva aqua
 Akku
 Konzentrator stationär
 Konzentrator mobil (Mobilität _____ Std./Tag)
 demandfähig ja nein

Sauerstoff-Fluss: in Ruhe: _____ l/min
 unter Belastung: _____ l/min
 Nachts: _____ l/min

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

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