

Ärztliche Verordnung für Hilfsmittel zur Heimbeatmung

Versichertendaten

Nachname: Vorname:

Straße: PLZ, Ort:

Geb.-Datum: Tel.-Nr.:

Ansprechpartner:

E-Mail:

Krankenkasse: Vers.-Nr.:

Entlassungstag: **Eilt! Entlassung nach Versorgung!**

Klinik: Station:

Diagnose

Blutgasanalyse

	Datum	O2	PaO2	PaCO2	pH
mit Beatmung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ohne Beatmung	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Therapieeinstellung

Programm	1	2	3		Programm	1	2	3
Modus	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Vt / Zielvolumen	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
IPAP / P Insp.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Triggersperrzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
EPAP / PEEP	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Air Trap Control	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PS / DU	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Delta P	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trigger insp.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		min PS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Trigger exp.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		max PS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Insp. Kurve/Anstiegszeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		LB Wartezeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Exsp. Kurve/Absenkzeit	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		LB Druck	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F / AF	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Zielbeatmungsfrequenz	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ti min.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Alveoläre Zielventilation	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ti max.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>					
Ti / Ti timed	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		Beatmungsdauer in Stunden	<input type="text"/>		

Patient Nachname, Vorname:

Bei obig genanntem Patient ist eine dauerhafte Beatmungstherapie angezeigt. Ausdrücklich bitten wir darum, mit dem verordneten Gerät zu versorgen, mit welchem die individuelle Beatmungstherapie best- und schnellstmöglich sichergestellt werden kann. Nachfolgende Hilfsmittel werden verordnet, um den Gesundheitszustand des Patienten zu verbessern und eine Reduktion weiterer Klinikaufenthalte zu erreichen.

Zu der Therapie werden folgende Hilfsmittel verordnet:

- Beatmungsgerät
- Notfallbeatmungsgerät (baugleiches Zweitgerät bei Beatmungsdauer > 16 Std.)
- Externer Akku
- Atemluftbefeuchter
- Sauerstoff-Anschluss
- Sauerstoffversorgung l/min, h/Tag | Patient ist demandfähig
 - Mobile Druckgasflasche
 - Sauerstoffkonzentrator stationär
 - Sauerstoffkonzentrator mobil/tragbar
 - Flüssigsauerstoffsystem
 - Füllstation für Sauerstoff-Flaschen

Maske:

Typ:

Größe:

Weiteres Zubehör:

Um eine zeitnahe Erklärung der Kostenübernahme der verordneten Hilfsmittel wird im Namen und zum Wohle Ihres Versicherten freundlichst gebeten.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel des verordnenden Arztes/Klinikstempel

Bitte senden Sie diese Verordnung per Fax an: **04191 / 95 88 92** oder per E-Mail an: **info@criticalcare.de**
Rückfragen unter Telefon: **04191 / 507 096-0** • Versand der Verordnung im Original bitte umgehend an:
critical care gmbh, Kirchhoffstr. 1-5, 24568 Kaltenkirchen