Ärztliche Verordnung für Hilfsmittel zur Heimbeatmung

Versichertendaten						
Nachname:			\	Vorname:		
Straße:			F	PLZ, Ort:		
GebDatum:			-	Tel-Nr.:		
Ansprechpartner:						
E-Mail:						
Krankenkasse:			<u> </u>	VersNr.:		
Entlassungstag:	Eilt! Entlassung nach Versorgung!					
Klinik:				Station:		
Diagnose						
Divitario carabias						
Blutgasanalyse	2	02		P2O2	PacO2	nU
Datun	1	O2		PaO2	PaCO2	pH
Datun mit Beatmung	1	O2		PaO2	PaCO2	pH
Datun	1	O2		PaO2	PaCO2	pH
Datum mit Beatmung ohne Beatmung	1	O2		PaO2	PaCO2	pH
Datun mit Beatmung	1 2	O2		PaO2	PaCO2	pH
Datum mit Beatmung ohne Beatmung Therapieeinstellung						
Datum mit Beatmung ohne Beatmung Therapieeinstellung Programm				Programm	1	
Datum mit Beatmung ohne Beatmung Therapieeinstellung Programm Modus				Programm Vt / Zielvolumer	1	
Datum mit Beatmung ohne Beatmung Therapieeinstellung Programm Modus IPAP / P Insp.				Programm Vt / Zielvolumer Triggersperrzeit	1	
Datum mit Beatmung ohne Beatmung Therapieeinstellung Programm Modus IPAP / P Insp. EPAP / PEEP				Programm Vt / Zielvolumer Triggersperrzeit Air Trap Control	1	
Datum mit Beatmung ohne Beatmung Therapieeinstellung Programm Modus IPAP / P Insp. EPAP / PEEP PS / DU				Programm Vt / Zielvolumer Triggersperrzeit Air Trap Control Delta P	1	
Datum mit Beatmung ohne Beatmung Therapieeinstellung Programm Modus IPAP / P Insp. EPAP / PEEP PS / DU Trigger insp.				Programm Vt / Zielvolumer Triggersperrzeit Air Trap Control Delta P min PS	1	
Datum mit Beatmung ohne Beatmung Therapieeinstellung Programm Modus IPAP / P Insp. EPAP / PEEP PS / DU Trigger insp. Trigger exsp.				Programm Vt / Zielvolumer Triggersperrzeit Air Trap Control Delta P min PS max PS	requenz	
Datum mit Beatmung ohne Beatmung Therapieeinstellung Programm Modus IPAP / P Insp. EPAP / PEEP PS / DU Trigger insp. Trigger exsp. Insp. Kurve/Anstiegszeit				Programm Vt / Zielvolumer Triggersperrzeit Air Trap Control Delta P min PS max PS Zielbeatmungsf	requenz	
Datum mit Beatmung ohne Beatmung Therapieeinstellung Programm Modus IPAP / P Insp. EPAP / PEEP PS / DU Trigger insp. Trigger exsp. Insp. Kurve/Anstiegszeit Exsp. Kurve/Absenkzeit				Programm Vt / Zielvolumer Triggersperrzeit Air Trap Control Delta P min PS max PS Zielbeatmungsfi Alveoläre Zielve	requenz	
Datum mit Beatmung ohne Beatmung Therapieeinstellung Programm Modus IPAP / P Insp. EPAP / PEEP PS / DU Trigger insp. Trigger exsp. Insp. Kurve/Anstiegszeit Exsp. Kurve/Absenkzeit F / AF				Programm Vt / Zielvolumer Triggersperrzeit Air Trap Control Delta P min PS max PS Zielbeatmungsfi Alveoläre Zielve	requenz	

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
Atemlufbefeuchter
│
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

Patient Nachname, Vorname: