

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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beatmungsgerät <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. Universalschlauchsystem f. Erw. |
| <input type="checkbox"/> Notfallbeatmungsgerät <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. Tubusverlängerungen |
| <input type="checkbox"/> Externer Akku | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. BefeuchtungsfILTER |
| <input type="checkbox"/> Atemluftbefeuchter <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. Gerätefilter |
| <input type="checkbox"/> Saugstarkes stationäres Absauggerät | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VE (10x) Tracheo-Kompressen geschlitzt |
| <input type="checkbox"/> Saugstarkes mobiles Absauggerät (Akku) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. künstliche Nasen |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffversorgung <input type="checkbox"/> l/min, <input type="checkbox"/> h/Tag | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. Sauerstoff-Anschluss |
| <input type="checkbox"/> Mobil | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. Tracheostoma Gleitgel 5g |
| <input type="checkbox"/> Konzentrator | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VE Stomareinigungstuch |
| <input type="checkbox"/> Flüssig | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. Kanülenreinigungs-Set |
| <input type="checkbox"/> Cuffdruckmesser | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. Kanülentrageband |
| <input type="checkbox"/> Pulsoximeter <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VE (100x) Handschuhe unsteril, Latex |
| <input type="checkbox"/> Standgerät | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VE (100x) Handschuhe steril |
| <input type="checkbox"/> Handgerät | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. Absaugkatheter gerade, CH <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Alarmkabel | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. Absaugverbindingsschlauch |
| <input type="checkbox"/> Inhalationsgerät (z.B. Pariboy) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. Filter für Absauggerät |
| <input type="checkbox"/> Beatmungsbeutel | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> VE (100x) Es-Kompressen 10x10 unsteril |
| <input type="checkbox"/> Beatmungsmaske, Gr.: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. Trachealkanüle |
| <input type="checkbox"/> Testlunge | Modell: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Trachealspreizer | Größe: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Gerätetisch mit Schublade | REF: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Schlauchhalterung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. Notfall-Trachealkanüle |
| <input type="checkbox"/> Vernebler/Mesh-Vernebler zur Einbindung
in das Beatmungssystem (z.B. Aeroneb) | Modell: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> High-Flow Atemgasbefeuchter inkl. Zubehör | Größe: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Subglottisches Absauggerät | REF: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Sterilwasser, Liter: <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stk. Sprechventil <input type="text"/> |

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