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					
ohne Beatmung					

Therapieeinstellung

Programm	1	2	3
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			

Programm	1	2	3
Vt / Zielvolumen			
Triggersperrzeit			
Air Trap Control			
Delta P			
min PS			
max PS			
Zielbeatmungsfrequenz			
Alveoläre Zielventilation			
Beatmungsdauer in Stunden			

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 _____
- ☐ Externer Akku
- ☐ Atemlufbefeuchter _____
- ☐ Saugstarkes stationäres Absauggerät
- ☐ Saugstarkes mobiles Absauggerät (Akku)
- ☐ Sauerstoffversorgung ____ l/min, ____ h/Tag
  - ☐ Mobil
  - ☐ Konzentrator
  - ☐ Flüssig
- ☐ Cuffdruckmesser
- ☐ Pulsoximeter _____
  - ☐ Standgerät
  - ☐ Handgerät
  - ☐ Alarmkabel
- ☐ Inhalationsgerät (z.B. Pariboy)
- ☐ Beatmungsbeutel
- ☐ Beatmungsmaske, Gr.: ____
- ☐ Testlunge
- ☐ Trachealspreizer
- ☐ Gerätetisch mit Schublade
- ☐ Schlauchhalterung
- ☐ Vernebler/Mesh-Vernebler zur Einbindung in das Beatmungssysten (z.B. Aeroneb)
- ☐ High-Flow Atemgasbefeuchter inkl. Zubehör
- ☐ Subglottisches Absauggerät
- ☐ Sterilwasser, Liter: ____

- ☐ ____ Stk. Universalschlauchsystem f. Erw.
- ☐ ____ Stk. Tubusverlängerungen
- ☐ ____ Stk. Befeuchtungsfilter
- ☐ ____ Stk. Gerätefilter
- ☐ ____ VE (10x) Tracheo-Kompressen geschlitzt
- ☐ ____ Stk. künstliche Nasen
- ☐ ____ Stk. Sauerstoff-Anschluss
- ☐ ____ Stk. Tracheostoma Gleitgel 5g
- ☐ ____ VE Stomareinigungstuch
- ☐ ____ Stk. Kanülenreinigungs-Set
- ☐ ____ Stk. Kanülentrageband
- ☐ ____ VE (100x) Handschuhe unsteril, Latex
- ☐ ____ VE (100x) Handschuhe steril
- ☐ ____ Stk. Absaugkatheter gerade, CH ____
- ☐ ____ Stk. Absaugverbindungsschlauch
- ☐ ____ Stk. Filter für Absauggerät
- ☐ ____ VE (100x) Es-Kompressen 10x10 unsteril
- ☐ ____ Stk. Trachealkanüle
  - Modell: _____
  - Größe: _____
  - REF: _____
- ☐ ____ Stk. Notfall-Trachealkanüle
  - Modell: _____
  - Größe: _____
  - REF: _____
- ☐ ____ Stk. Sprechventil _____

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