

Ärztliche Verordnung für Hilfsmittel zur Heimbeatmung

Versichertendaten

Nachname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Geb.-Datum:	<input type="text"/>	Tel-Nr.:	<input type="text"/>
E-Mail:	<input type="text"/>	Ansprechpartner:	<input type="text"/>
Krankenkasse:	<input type="text"/>	Vers.-Nr.:	<input type="text"/>
Entlassungstag:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Eilt! Entlassung nach Versorgung!	

Klinik: Station:

Diagnose

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Blutgasanalyse

	Datum	O2	PaO2	PaCO2	pH
mit Beatmung	<input type="text"/>				
ohne Beatmung	<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 exsp.	<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"/>	Beatmungsdauer in Stunden	<input type="text"/>		
Ti / Ti timed	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<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="checkbox"/> Stk. Universalschlauchsystem f. Erw. [] |
| <input type="checkbox"/> Notfallbeatmungsgerät [] | <input type="checkbox"/> Stk. Tubusverlängerungen [] |
| <input type="checkbox"/> Externer Akku [] | <input type="checkbox"/> Stk. Befeuchtungsfilter [] |
| <input type="checkbox"/> Atemluftbefeuchter [] | <input type="checkbox"/> Stk. Gerätefilter [] |
| <input type="checkbox"/> Saugstarkes stationäres Absauggerät [] | <input type="checkbox"/> VE (10x) Tracheo-Kompressen geschlitzt [] |
| <input type="checkbox"/> Saugstarkes mobiles Absauggerät (Akku) [] | <input type="checkbox"/> Stk. künstliche Nasen [] |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffversorgung [] l/min, [] h/Tag | <input type="checkbox"/> Stk. Sauerstoff-Anschluss [] |
| <input type="checkbox"/> Mobil [] | <input type="checkbox"/> Stk. Tracheostoma Gleitgel 5g [] |
| <input type="checkbox"/> Konzentrator [] | <input type="checkbox"/> VE Stomareinigungstuch [] |
| <input type="checkbox"/> Flüssig [] | <input type="checkbox"/> Stk. Kanülenreinigungs-Set [] |
| <input type="checkbox"/> Cuffdruckmesser [] | <input type="checkbox"/> Stk. Kanülentrageband [] |
| <input type="checkbox"/> Pulsoximeter [] | <input type="checkbox"/> VE (100x) Handschuhe unsteril, Latex [] |
| <input type="checkbox"/> Standgerät [] | <input type="checkbox"/> VE (100x) Handschuhe steril [] |
| <input type="checkbox"/> Handgerät [] | <input type="checkbox"/> Stk. Absaugkatheter gerade, CH [] |
| <input type="checkbox"/> Alarmkabel [] | <input type="checkbox"/> Stk. Absaugverbindungsschlauch [] |
| <input type="checkbox"/> Inhalationsgerät (z.B. Pariboy) [] | <input type="checkbox"/> Stk. Filter für Absauggerät [] |
| <input type="checkbox"/> Beatmungsbeutel [] | <input type="checkbox"/> VE (100x) Es-Kompressen 10x10 unsteril [] |
| <input type="checkbox"/> Beatmungsmaske, Gr.: [] | <input type="checkbox"/> Stk. Trachealkanüle [] |
| <input type="checkbox"/> Testlunge [] | Modell: [] |
| <input type="checkbox"/> Trachealspreizer [] | Größe: [] |
| <input type="checkbox"/> Gerätetisch mit Schublade [] | REF: [] |
| <input type="checkbox"/> Schlauchhalterung [] | <input type="checkbox"/> Stk. Notfall-Trachealkanüle [] |
| <input type="checkbox"/> Vernebler/Mesh-Vernebler zur Einbindung
in das Beatmungssystem (z.B. Aeroneb) [] | Modell: [] |
| <input type="checkbox"/> High-Flow Atemgasbefeuchter inkl. Zubehör [] | Größe: [] |
| <input type="checkbox"/> Subglottisches Absauggerät [] | REF: [] |
| <input type="checkbox"/> Sterilwasser, Liter: [] | <input type="checkbox"/> 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