



Krankenkasse	Versicherten-Nr.
Name, Adresse des Versicherten	
geb. am	
Vertragsarzt-Nr.	Betriebsstätten-Nr.

Arzt	
Entlassung am	
Ansprechpartner – Lieferort	Telefon

Alternative Lieferung	<input type="checkbox"/> Reha	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
Adresse		

Verordnung Heimbeatmung.

Der o.g. Patient ist seit dem _____ in unserer stationären Behandlung. Der Zustand des Patienten hat sich soweit stabilisiert, so dass eine Entlassung nach Hause erfolgen kann. Zur Entlassung verordnen wir aufgrund der nachfolgend aufgeführten Diagnosen die genannten Hilfsmittel für die häusliche Versorgung.

Diagnosen: _____

Blutgasanalyse

	vor Beatmung	unter Beatmung	mit O ₂ -Zufuhr
Datum	_____	_____	_____
pO ₂ in mmHg	_____	_____	_____
pH	_____	_____	_____
pCO ₂ in mmHG	_____	_____	_____

- Ein Zweitergerät gleichen Modells als Notfallgerät ist erforderlich, da eine Beatmung von mehr als 16 Stunden täglich vorliegt.
- Eine Verschlechterung des Gesundheitszustands des Patienten ist zeitnah zu erwarten. Wir verordnen daher schon jetzt ein dem Krankheitsverlauf angepasstes Beatmungsgerät.

	Einstellwerte		Alarmgrenzen	
	Ruhe		Schlaf	
Modus	_____	_____	_____	_____
IPAP min/max	_____	_____	_____	_____
PEEP/EPAP	_____	_____	_____	_____
I:E/I:T	_____	_____	_____	_____
AZV min	_____	_____	_____	_____
AF/max	_____	_____	_____	_____
Trigger insp.	_____	_____	_____	_____
Trigger exp.	_____	_____	_____	_____
Triggersperrzeit	_____	_____	_____	_____
Air Trap Control	_____	_____	_____	_____
Druckanstiegskurve	_____	_____	_____	_____
Einschlaframpe	_____	_____	_____	_____
FiO ₂ %	_____	_____	_____	_____
Diskonnektion	_____	_____	_____	_____
VTI min/max	_____	_____	_____	_____
VTE min/max	_____	_____	_____	_____

Anzahl	Bezeichnung	REF/Typ
_____	Beatmungsgerät	_____
_____	Atemgasbefeuchter	_____
_____	Schlauchsystem	_____
_____	Ausatemventil	_____
_____	Maske	_____
_____	Tubusverlängerung gerade	464 154 012
_____	Tubusverlängerung gewinkelt	464 154 008
_____	Bakterienfilter (Geräteschutz)	445 421 001
_____	Sauerstoffadapter intern	582 022 683
_____	Sauerstoffadapter extern	444 313 006
_____	Testlunge	463 099 305
_____	Zubehör	_____
_____	Externer Akku	_____
_____	Kfz-Adapter	_____
_____	Funktionstasche (mobiler Einsatz)	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- Anlagen:**
- Sauerstoff-Versorgung lt. Verordnung „Sauerstofflangzeittherapie“
 - Monitor-Überwachung lt. Verordnung „Patienten-Monitoring“

E-Mail-Adresse Klinik/Arzt für Lieferrückmeldung: _____

Leistungserbringer

Klinik/Arzt

Stempel/Unterschrift