

Ärztliche Verordnung für Hilfsmittel zur Heimbeatmung

Name, Vorname: Telefon:
Geb.-Datum: Krankenkasse:.....
Straße: Kassen-Nr.:
PLZ / Ort: KV-Nr.:

Stationärer Aufenthalt von: bis:

Klinik: Station:

Diagnose:
.....

Zur Fortsetzung 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"/> Atemluftbefeuchter | <input type="checkbox"/>Stk. BefeuchtungsfILTER |
| <input type="checkbox"/> saugstarkes stationäres Absauggerät | <input type="checkbox"/>Stk. Gerätefilter |
| <input type="checkbox"/> Mobiles Absauggerät (Akku) | <input type="checkbox"/>VE (10x) Tracheo-Kompressen geschlitzt |
| <input type="checkbox"/> Akkuladegerät | <input type="checkbox"/>Stk. künstliche Nasen |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffversorgung | <input type="checkbox"/>Stk. Sauerstoff-Anschluss |
| <input type="checkbox"/> Mobil | <input type="checkbox"/>Stk. Stomaöl 100ml |
| <input type="checkbox"/> Konzentrator | <input type="checkbox"/>VE Stomareinigungstuch |
| <input type="checkbox"/> Flüssig | <input type="checkbox"/>Stk. Kanülenreinigungs-Set |
| <input type="checkbox"/> Cuff-Druckmesser | <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, einzeln |
| verpackt | |
| <input type="checkbox"/> Handgerät | <input type="checkbox"/>Stk. Absaugkatheter gerade, CH |
| + | |
| <input type="checkbox"/> Inhaliergerät | <input type="checkbox"/>Stk. Silikonschlauch für Absaugung |
| <input type="checkbox"/> Beatmungsbeutel | <input type="checkbox"/>Stk. Filter für Absaugpumpe |
| <input type="checkbox"/> Beatmungsmaske | <input type="checkbox"/>Stk. Fingertip, steril für Absaugung |
| Größe: | <input type="checkbox"/>VE (100x) Es-Kompressen 10x10 unsteril |
| <input type="checkbox"/> Beatmungsmaske | <input type="checkbox"/>Stk. Trachealkanüle |
| Größe: | Modell: |
| <input type="checkbox"/> Testlunge | Größe: |
| <input type="checkbox"/> Trachealspreizer | REF: |
| <input type="checkbox"/> Gerätetisch mit Schublade | <input type="checkbox"/>Stk. Notfall-Trachealkanüle |
| <input type="checkbox"/> Schlauchhalterung | Modell: |
| <input type="checkbox"/> Vernebler/Mesh-Vernebler zur Einbindung | Größe: |
| in das Beatmungssystem | REF: |

Weitere Therapie-Empfehlung:

.....
.....
.....

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des verordnenden Arztes