

Kasse		
Name / Adresse des Versicherten		
		geb. am:
Kassen	Versicherten-Nr.!!!!*	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# VERORDNUNG

medizintechnischer Hilfsmittel  
für Langzeitbeatmungspatienten  
- Entlassungsrelevante Hilfsmittel -  
zur Vorlage bei der Krankenkasse

\* unbedingt angeben

<b>Diagnose</b>	Vertragsarztstempel <u>mit Unterschrift</u>	Ansprechpartner Patient / Angehöriger
		Telefonnummer Patient / Angehöriger
Voraussichtliches Entlassungsdatum:		Datum

**Für den oben genannten Patienten ist eine weiterführende Therapie/Überwachung mit nachfolgendem Hilfsmittel(n) angezeigt. Die unten angegebenen Therapiewerte werden vom Patienten gut toleriert.**

<input type="checkbox"/> <b>Beatmung</b> <input type="checkbox"/> lebenserhaltend	<input type="checkbox"/> <b>OXYvent Cube 30 ATV</b>	<input type="checkbox"/> <b>BackUp-Gerät erforderlich</b>
<input type="checkbox"/> Nicht invasiv	<input type="checkbox"/> <b>prisma VENT .....</b> z.B. prisma VENT30/40/50	<input type="checkbox"/> <b>Akku erforderlich</b>
<input type="checkbox"/> Invasiv	<input type="checkbox"/> <b>Ventilogic .....</b> z.B. VentilogicPlus/ LS	<input type="checkbox"/> <b>Mit Doppelschlauchsystem</b> (z.B. Ventilogic LS)
<input type="checkbox"/> <b>Nasaler Highflow</b>	<input type="checkbox"/> <b>LUIA</b>	<input type="checkbox"/> <b>Atemluftbefeuchter</b>
<input type="checkbox"/> prisma VENT50-C (Löwenstein) mit prisma VENTAqua	<input type="checkbox"/> <b>Trilogy .....</b> z.B. Trilogy Evo	<input type="checkbox"/> <b>Atemluftbefeuchter extern</b> (z.B. HC 550)
<input type="checkbox"/> MyAirvo2 (Fisher & Paykel)	<input type="checkbox"/> <b>Astral 150</b>	<input type="checkbox"/> <b>Beheizbares Schlauchsystem</b>
<input type="checkbox"/> LM Flow (Löwenstein)	<input type="checkbox"/> <b>Stellar 150</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Hayek RTX Kürass-Beatmung</b> Nach dem Prinzip der eisernen Lunge		
<input type="checkbox"/> Kürass & Dichtung Gr. ....		

<input type="checkbox"/> <b>Tubus/ Trachealkanüle (Low-Pressure-Cuff)</b> Typ .....	Größe .....
<input type="checkbox"/> <b>Maskentyp:</b> .....	<b>Maskengröße:</b> .....
<input type="checkbox"/> <b>Highflow-Nasenbrille</b> Gr. ....	
<input type="checkbox"/> <b>Beatmungsbeutel mit Maske</b> Gr. ....	<input type="checkbox"/> Einwegbeatmungsbeutel <input type="checkbox"/> Wiederverwendbar/autoklavierbar

<input type="checkbox"/> <b>Sauerstoffversorgung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sauerstoffadapter</b>
<input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> -Konzentrator ..... l/min	<input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> -Flüssigsauerstoff ..... l/min. bzw. <b>FIO<sub>2</sub></b> ..... %
<input type="checkbox"/> <b>Absauggerät</b> <input type="checkbox"/> netzabhängig <input type="checkbox"/> netzunabhängig	..... <b>Liter/Minute</b>
<input type="checkbox"/> 100 St. Absaugkatheter Größe: CH .....	<input type="checkbox"/> Fingertip: ..... St.
<input type="checkbox"/> <b>Zusätzliches subglottisches Absauggerät erforderlich</b> (z.B. proCuff S oder proCuff M)	

**Weitere rezeptierungspflichtige Ausstattung:** (z.B. Patientenmonitoring)

<input type="checkbox"/> <b>Pulsoxymetrie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Kapnometrie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Herz-Kreislauf Monitoring</b>	<input type="checkbox"/> _____
---	---	---	--------------------------------

<b>Beatmungsmodus und Therapiewerte:</b> <input type="checkbox"/> PSV <input type="checkbox"/> PCV <input type="checkbox"/> VCV <input type="checkbox"/> APCV <input type="checkbox"/> S/ST BiLevel <input type="checkbox"/> AVAPS-AE <input type="checkbox"/> AirTrap Control		
<input type="checkbox"/> Andere.....		
<input type="checkbox"/> <b>zweiter auswählbarer Modus erforderlich:</b> .....	<input type="checkbox"/> LIAM	<input type="checkbox"/> Highflow
<input type="checkbox"/> <b>Diskonnektions- und Leckagealarm notwendig!</b>		
IPAP ..... mbar	Backup-Frequenz ..... /min	Insp. Flow ..... l/min.
PEEP/ CPAP ..... mbar	Zielvolumen .....	Druckanstieg (Rampe):
Frequenz ..... /min	Triggersperrzeit .....	Insp. Zeit ..... <b>Rampe</b> <sub>insp.</sub> .....
i Trigger .....	Highflow: ..... l/min Temp.: .....	Exp. Zeit ..... <b>Rampe</b> <sub>exp.</sub> .....
e Trigger .....		Exp. / Widerstand .....
I / E Verh. ....		
Beatmungs-Therapie über ..... <b>Std./Tag</b> erforderlich!		
Weitere Angaben entnehmen Sie bitte dem aktuellen Beatmungsprotokoll (Kopie beigelegt)!		