

Krankenkasse	
Name Versicherte/r	
Adresse	Abweichende Lieferanschrift
!!! Versicherten-Nr. / Geburtsdatum !!!	
Unsere DaMe-Nummer ME555604	Datum

VERORDNUNG

für medizinische Hilfsmittel
bei Langzeitbeatmung

- Entlassungsrelevante Hilfsmittel -
zur Vorlage bei der Krankenkasse

Diagnosen	Vertragsarztstempel & Unterschrift	Name/Tel. Verordner/Station
		Name/Tel. Patient/Angehöriger

☐ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung ☐ Umversorgung Entlassungstermin: _____

Für den oben genannten Patienten ist eine weiterführende Therapie/Überwachung mit nachfolgenden Hilfsmitteln angezeigt.
Die unten angegebenen Therapiewerte werden vom Patienten gut toleriert.

☐ Beatmung ☐ lebenserhaltend ☐ Nicht invasiv ☐ Invasiv ☐ Nasaler Highflow ☐ MyAirvo2 (Fisher & Paykel) ☐ LM Flow (Löwenstein) ☐ Hayek RTX Kürass-Beatmung Nach dem Prinzip der eisernen Lunge ☐ Kürass & Dichtung Gr.	☐ OXYvent Cube 30 ATV ☐ prisma VENT z.B. prisma VENT30/40/50 ☐ LUISA ☐ Astral 150 ☐ Stellar 150 ☐ Lumis 150	☐ BackUp-Gerät erforderlich ☐ Akku erforderlich ☐ Mit Doppelschlauchsystem (z.B. Ventilologic LS) ☐ Atemluftbefeuchter ☐ Atemluftbefeuchter extern (z.B. HC AIRcon Gen2) ☐ Beheizbares Schlauchsystem
--	---	--

☐ Tubus/ Trachealkanüle (Low-Pressure-Cuff) Typ Größe ☐ Maskentyp: Maskengröße: ☐ Highflow-Nasenbrille Gr. ☐ Beatmungsbeutel mit Maske Gr. ☐ Einwegbeatmungsbeutel ☐ Wiederverwendbar/autoklavierbar
--

☐ Sauerstoffversorgung ☐ O ₂ -Konzentrator l/min ☐ Absauggerät ☐ netzabhängig ☐ netzunabhängig ☐ 100 St. Absaugkatheter Größe: CH ☐ Fingertip: St. ☐ Zusätzliches subglottisches Absauggerät erforderlich ☐ ProCuff S ☐ ProCuff M	☐ Sauerstoffadapter ☐ O ₂ -Flüssigsauerstoff l/min. bzw. FIO₂ %
---	--

Weitere rezeptierungspflichtige Ausstattung: (z.B. Patientenmonitoring)

☐ Pulsoxymetrie ☐ Kapnometrie ☐ Herz-Kreislauf Monitoring ☐ _____
--

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