

# Ärztliche Verordnung für medizinische Hilfsmittel zur Vorlage beim Kostenträger 

Arzt/Klinik
(Stempelerforderlich)

| Entlassung/Versorgung geplant am: | Absprache Liefertermin mit Station (Tel.-Nr.): |
| :--- | :--- |
| Angehörige (Tel.-Nr.) |  |

Sehr geehrte Damen und Herren,
bei oben aufgeführtem/r Patient/in besteht die Indikation zur Langzeitbeatmung gemäß S2-Leitlinie der DGP, „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz".
Daher verordnen wir zur Fortführung der notwendigen Beatmungstherapie im Anschluss an den Klinikaufenthalt unten aufgeführte Hilfsmittel.

Hauptdiagnose zur Indikation der maschinellen Beatmungstherapie nach ICD-10-GM: $\qquad$
Diagnose(n): $\qquad$

## Begründung:

$\qquad$
Palliativsituation:$\square$ Nein

Blutgasanalysen:

| Datum | pH | $\mathbf{P a}_{\mathbf{a}} \mathbf{C O}{ }_{\mathbf{2}}[\mathrm{mmHg}]$ | $\mathbf{P a}_{\mathbf{a}} \mathbf{O}^{\text {[ }}$ [mmgg] | $\mathbf{S a}_{\mathrm{a}} \mathrm{O}^{\text {[ }}$ [] | unter Beatmung |  | Zugabe von $\mathrm{O}_{2}$ |
| :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: | :---: |
|  |  |  |  |  | $\square \mathrm{Ja}$ | $\square$ Nein | Liter/min |
|  |  |  |  |  | $\square \mathrm{Ja}$ | $\square$ Nein | Liter/min |
|  |  |  |  |  | $\square \mathrm{Ja}$ | $\square$ Nein | Liter/min |
|  |  |  |  |  | $\square \mathrm{Ja}$ | $\square$ Nein | Liter/min |

## Beatmungsform:

lebenserhaltend (>16 h/Tag)intermittierendinvasivnicht invasivtägl. Beatmungszeit (h): $\qquad$
entsprechend der S2-Leitlinie der DGP und geltenden Normen EN ISO 10651-2 bzw. EN ISO 10651-6

## Beatmungsgerät:

$\qquad$
Mit diesem Gerät und den gewählten Beatmungsparametern konnte die beste Beatmungsqualität erreicht werden. Andere Geräte zeigten eine weniger gute Synchronizität der Beatmung mit dem Patienten in den wählbaren Beatmungseinstellungen.

## Beatmungsmodi: Programm 1:

$\qquad$ Programm 2: $\qquad$ Programm 3: $\qquad$
$\square$ Da bei einem Geräteausfall eine Gefährdung des Patienten durch die Beatmungsabhängigkeit besteht und ein lebensbedrohlicher Zustand eintreten kann, ist ein Zweitgerät erforderlich. (entsprechend der S2-Leitlinie der DGP)

Wir bitten Sie um rasche Kostenübernahme für die verordneten Hilfsmittel und bedanken uns im Namen Ihres Versicherten.
Mit freundlichen Grüßen

| Name, Vorname des Versicherten | geb. am |
| :--- | :--- |
| Versicherten-Nr. | Status |

# Ärztliche Verordnung für medizinische Hilfsmittel zur Vorlage beim Kostenträger 

## $\square$ Zusätzlich ist aufgrund der Blutgasanalysewerte eine Sauerstoff-Langzeitversorgung indiziert. <br> $\square$ Es besteht bereits eine häusliche Sauerstoff-Langzeitversorgung

Therapie-Parameter:

| Flussrate in Ruhe: | Liter $\mathrm{O}_{2} / \mathrm{min}$ |
| :---: | :---: |
| Flussrate unter Belastung: | Liter $\mathrm{O}_{2} / \mathrm{min}$ |
| Flussrate unter Beatmung: | Liter $\mathrm{O}_{2} / \mathrm{min}$ |
| Anwendungsdauer: | Std. pro Tag |

Demandsystem, die Demandfähigkeit wurde getestetJaNein

## Versorgungsart:



Um Komplikationen und Notfallsituationen frühzeitig zu erkennen, verordnen wir den Einsatz eines Pulsoximeters zur Überwachung der Sauerstoffsättigung, gemäß Leitlinie der DGP.
$\square$ mobiles SystembedsideSystem Modell: $\qquad$ mitFingerclip-SensorKlebesensoren

Für die Beatmungstherapie sind darüber hinaus folgende Hilfsmittel notwendig:

| Hilfsmittel | ggf. REF-Nummer | Spezifikationen | Anzahl |
| :---: | :---: | :---: | :---: |
| $\square$ externer Akku Beatmung |  |  |  |
| $\square$ externer Alarm Beatmung |  |  |  |
| $\square$ Inhalationsgerät inline während Beatmung (24h) |  |  |  |
| $\square$ aktive Befeuchtung (Atemgasklimatisierung) |  |  |  |
| $\square$ Schlauchsystem $\square$ beheizt $\square 15 \mathrm{~mm} \square 22 \mathrm{~mm}$ |  | $\square$ Einschlauchsys. $\square$ Doppelschl. |  |
| $\square$ Schlauchsystem $\square$ beheizt $\square 15 \mathrm{~mm} \square 22 \mathrm{~mm}$ |  | $\square$ Einschlauchsys. $\square$ Doppelschl. |  |
| $\square$ Gänsegurgel |  |  |  |
| $\square$ Beatmungsmaske beiNIV |  | Typ:___ Größe: |  |
| $\square$ Beatmungsbeutel (Set) $\square$ Erw. $\square$ Kind $\square$ Neo |  | Maskengröße: _ $\square$ mit Reservoir |  |
| $\square$ Gerätewagen 60 cm komplett |  |  |  |
| $\square$ Sterilwasser zum anstechen |  |  |  |
| $\square$ Bakterienfilter |  |  |  |
| $\square$ Testlunge |  |  |  |
| $\square$ |  |  |  |
| $\square$ |  |  |  |

Mit freundlichen Grüßen

| Name, Vorname des Versicherten | geb.am |
| :--- | :--- |
| Versicherten-Nr. | Status |
|  |  |

## Ärztliche Verordnung für medizinische Hilfsmittel zur Vorlage beim Kostenträger

Parametereinstellung am:
Beatmungsmodus:(a)PCV
$\square$ PSV $\square$ iVAPSSTASV
$\square$ CPAP $\square$

## Beatmungsprogramm 1:

$\qquad$


| Programm 1 | Programm 2 | Programm 3 |
| :---: | :---: | :---: |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |



