

# Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel

Nachname:
Vorname:
Straße:
PLZ, Ort:
Krankenkasse:
Versicherungsnummer:
Patiendendaten, bzw. Aufkleber Patiendendaten

<b>Patientendaten</b>
Geb. Datum:
Telefon:
E-Mail:
Pflegeheim/REHA:
<b>Geplante Entlassung:</b>

## Untersuchungsergebnisse

Datum	I/min O <sup>2</sup>	PaO <sup>2</sup>	PaCO <sup>2</sup>	pH	SaO <sup>2</sup>	BE	Beatmung
							mit
							ohne

Diagnose: \_\_\_\_\_

Beatmungsgerät nicht Invasiv, Typ: \_\_\_\_\_ Befeuchter: \_\_\_\_\_

Maske, Typ: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ Beatmungszeit: \_\_\_\_\_

Beatmungsparameter: in hPa

Modus	IPAP	EPAP PEEP	P. Insp.	PS	AirTrap Control	Insp. Anstiegsz.	Exsp. Absenkz.	Trigger insp./exsp.	AutoEPAP min./max.
1									
2									

Modus	F(AZ/m in)	Zielbeatmungsf. bei IVAPS	Ti min./max.	Alveoläre Zielventilation	Ti (s)	Vt (ml)	PS min./max.	Sonstiges
1								
2								

Oben genannter Patient ist auf eine dauerhafte Beatmungstherapie angewiesen. Es wurde ein Gerät mit sehr guten physikalischen Eigenschaften ausgewählt. Wir bitten darum, den Patienten nicht auf ein anderes Gerät umzuversorgen, da die Versorgung bestmöglich mit dem o.g. Beatmungsgerät sichergestellt ist.

Um den Gesundheitszustand des Patienten zu verbessern bzw. zu erhalten und weitere Klinikaufenthalte zu reduzieren, verordnen wir die aufgeführten Hilfsmittel.

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift ggf. Stempel

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Name des Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben