

Verordnung Beatmung

Name, Vorname: _____
Geb. Datum: _____
Anschrift _____
Telefon-Nr. _____
Krankenkasse _____
Versicherungsnummer _____

☐ **Erwachsenenversorgung** ☐ **Kinderversorgung** ☐ **invasiv** ☐ **non-invasiv**

Sehr geehrte Damen und Herren,

Aufgrund der u.g. Diagnose(n) ist / war eine Adaption an ein Beatmungsgerät medizinisch indiziert.
Die Beatmungsparameter sind unter Kontrolle stabil und eine Entlassung in den häuslichen Bereich bzw. eine Pflegeeinrichtung ist unter Fortführung der Therapie möglich.

Diagnose /ICD:

Blutgasanalyse (nur bei Neuverordnung, nicht bei 2. Gerät wegen Verschlechterung):

	FiO2	PaO2	PaCO2	Ph	BE	SaO2
mit Beatmung						
Ohne Beatmung						

Beatmungsgerät:

Lebenserhaltend: ☐ Breas Vivo 55 ☐ Löwenstein Luisa ☐ Vivo 45LS
Nicht lebenserhaltend: ☐ ResMed Stellar 150 ☐ Resmed Lumis 150 ☐ PrismaVent 40 Löwenstein
 ☐ Breas Vivo 3

☐ incl. passender Befeuchtung

☐ **Non-invasive Beatmung:**

☐ **Invasive Beatmung:**

Maske: Typ: _____ Größe: _____ Kanüle: Typ: _____ Größe: _____

Beatmungsparameter

☒ Werden von Arzt/Atemtherapeut in Zusammenarbeit mit dem Provider in der Klinik eingestellt und sind aus der Dokumentation des Providers ersichtlich.

☐ _____

Wir bitten Sie um zeitnahe Kostenübernahme für die verordneten Hilfsmittel und bedanken uns im Namen Ihres Versicherten.

Mit freundlichen Grüßen

Ort / Datum

Stationsarzt / Stationsärztin

Stempel / Unterschrift Stationsarzt / -ärztin