

Verordnung Tracheostomaversorgung mit Zubehör

Zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Diagnose / ICD:

Tracheostoma:

☐ dilatativ

☐ chirurgisch

Anlage am: _____

Trachealkanüle:

Name/Bez./Firma:

Größe: _____

Notfallkanüle:

Größe: _____

Besonderheiten:

☐ ohne Cuff

☐ gefenstert

☐ mit Seele

☐ subglottische Absaugung

Tracheostoma Zubehör:

Sprechventil:

☐ Spiro

☐ Passy Muir®

Tracheostoma-Zubehör für Erstversorgung:

☐ Trachealspreizer

☐ Cuffdruck-Meßgerät

☐ Handbeatmungsbeutel

☐ Stethoskop

Absauggeräte und Zubehör:

☐ Absauggerät netzabhängig und Absauggerät netzunabhängig

Bei regelmäßiger Absaugpflicht, Beatmung oder künstlichen Atemwegszugängen (z.B. Tracheostoma) Die Möglichkeit zur Absaugung ist ohne Unterbrechung zu gewährleisten da u.U lebensbedrohliche Zustände auftreten können, wenn eine Absaugung nicht möglich ist.

☐ Absaugkatheter Größe _____ O atraumatisch O gebogen

Pulsoxymetrie:

☐ Masimo Rad 97

Standgerät zur kontinuierlichen Sättigungsüberwachung

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