

# 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