

Vital-Zentrum Sanitätshaus Glotz

Verordnungsleitfaden Medizintechnik und Homecare

„Gemeinsam für eine optimale Versorgung“





Sehr geehrte Damen und Herren, sehr geehrte medizinische Fachkräfte,

mit unserem Verordnungsleitfaden Medizintechnik/Homecare übergeben wir Ihnen eine kompakte und praxisnahe Übersicht unserer Versorgungsbereiche Medizintechnik und Homecare.

Dieser Leitfaden dient Ihnen als Orientierungshilfe im Verordnungsalltag. Er soll Sie dabei unterstützen, schnell und sicher die bestmögliche Versorgung für Ihre Patientinnen und Patienten zu veranlassen – bei gleichzeitig möglichst geringem organisatorischem Aufwand für Ihr Team.

Gerne senden wir Ihnen ein PDF dieser Broschüre inkl. druckfertig vorbereiteter Verordnungsvorlagen. Diese können im bestehenden Format ausgedruckt, ausgefüllt und abgestempelt werden. So ermöglichen wir einen strukturierten, zeitsparenden und bürokratiearmen Ablauf.

Die im Verordnungsleitfaden aufgeführten Verordnungsvorlagen stehen Ihnen auch ganz bequem zum **Download** auf unserer Website zur Verfügung:

www.glotz.de/downloads

Sollten Sie Fragen haben oder Anregungen zur weiteren Optimierung unserer gemeinsamen Prozesse, stehen wir Ihnen jederzeit gerne zur Verfügung. Ihr Feedback ist für uns ein wichtiger Beitrag zu einer reibungslosen und partnerschaftlichen Zusammenarbeit.

Gemeinsam für eine sichere, effiziente und patientenorientierte Versorgung.

Ihr Vital-Zentrum Sanitätshaus Glotz



1. Monitoring.....	3
2. Sauerstofftherapie Flüssigsauerstoff (LOX).....	7
■ Flüssigsauerstoff	
■ Konzentratoren stationär/mobil	
3. Beatmung.....	12
■ Lebenserhaltende Beatmungsgeräte	
■ Intermittierenden Beatmungsgeräte	
4. CPAP / APAP / BIPAP.....	17
■ Geräte und Verordnung	
5. Absaugung.....	19
■ Absauggerät (netz(un)abhängig)	
6. Tracheostoma Hustenassistent.....	21
■ Tracheostoma Erstversorgung/Verbrauchsmaterial Verordnung	
7. Inhalation/ Befeuchtung.....	24
■ Inhalationsgerät	
■ Aktivbefeuchtung (MyAirvo) und Zubehör	
8. Enterale Ernährung Ernährungspumpen	28
■ Ernährungspumpe und Zubehör	
9. Verordnungsvorlage Blanko.....	32
10. Antrag auf Leistungserbringerwechsel.....	33
11. Datenschutzerklärung Sanitätshaus Glotz.....	34

Bitte senden Sie uns Unterlagen, Anfragen oder Verordnungen möglichst vorab per Fax oder E-Mail.
So können wir Ihr Anliegen schnell und gezielt bearbeiten.

Bei Fragen sind wir gerne für Sie da.



07156 17898-710



07156 17898-711



medizintechnik@glotz.de

1. Monitoring



VITAGUARD VG5 PX (GETEMED)

Messung von Sauerstoffsättigung und Pulsrate über Klebesensor

- Alarm optisch/akustisch
- Batteriebetrieb/Akku mind. 8 h
- Speicherung 400 Ereignisse, 16 h Langzeitspeicher, 144 h Trendspeicher

Auslesesoftware Vitawin

○ Vitaguard® VG5 MP (Multiparameter)

○ Vitaguard® VG5 CR (Cardio-Respiratory)

○ Vitaguard® VG5 PX (Pulsoximeter)

VITAGUARD VG5 MP (GETEMED)

Messung von Sauerstoffsättigung, Herz- und Pulsrate sowie Atmung über Klebesensor

- Alarm optisch/akustisch
- Batteriebetrieb/ Akku mind. 8 h
- Speicherung 400 Ereignisse, 16 h Langzeitspeicher, 144 h Trendspeicher

Auslesesoftware Vitawin



AEROCHECK SAT 801+ (HUM)

Messung von Sauerstoffsättigung und Pulsrate über Klebesensor

- Alarm optisch/akustisch
- Akku 20 h typisch
- 160 Stunden Speicher, auslesbar mit SatView Software



Abbildung dient als Beispiel für das Gerät.
Das tatsächliche Produkt kann abweichen.

MASIMO RAD G (MASIMO)

Leichtes Handgerät zur Messung von Sauerstoffsättigung und Pulsrate

- Batterielaufzeit 24 h Ladezeit 8 h bei internem wiederaufladbaren Akku
- Alarm optisch und akustisch
- Perfusionsindex und Signalqualitätsindex



MASIMO RAD 97 mit nichtinvasiver Blutdruckmessung (NIBP) (MASIMO)

Messung von Sauerstoffsättigung und Pulsrate über Fingertip oder Klebesensor oder Soft Sensor (ab 30 kg)

- Alarm optisch/akustisch
- Zwischen 0 mmHg und 300 mmHg Messgenauigkeit
- Für Erwachsene, Kinder, Neugeborene geeignet
- Kostenvoranschlag an Kasse erforderlich
- Keine Himi-Nr. vorhanden



MASIMO RAD 97 Pulse CO-Oximeter® mit NomoLine-Kapnographie (MASIMO)

Messung von Puls und Sauerstoffsättigung sowie CO₂ möglich

- Im Heimbereich nicht üblich und meist nicht sinnvoll, nur für spezielle Bedürfnisse bei kontinuierlich beatmeten Patienten
- Kostenvoranschlag an Kasse erforderlich

In folgenden Varianten erhältlich:

- mit integrierter NomoLine®-Kapnographie
- mit nichtinvasiver Blutdruckmessung (NIBP)
- ohne zusätzliche Messfunktion



FINGERPULSOXYMETER PO 35 (BEURER)

Messung von Puls und Sauerstoffsättigung

- Zur sporadischen Kontrolle
- Finger: Breite 10-20 mm, Dicke 5 mm bis 15 mm

Dieses Gerät ist nicht geeignet für Kleinkinder und Säuglinge, keine kontinuierliche Überwachung, keine Alarmfunktion



Verordnung auf der nächsten Seite anklicken, online ausfüllen oder direkt herunterladen.

Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Überwachungsmonitor

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Sehr geehrte Damen und Herren,

oben genannte/r Patient/in befindet sich seitdem _____ in unserer stationären Behandlung.

Diagnosen / ICD:

Verordnung:

☐ Aerocheck Sat 801+

☐ Masimo Rad 97

☐ Vitaguard VG 310

☐ Beurer PO 35

☐ Masimo Rad 97 NIBP

☐ Vitaguard VG 3100

☐ Masimo Rad G

☐ Masimo Rad 97
Kapnographie

☐ Vitaguard 5 PX

☐ Vitaguard 5 MP

Sonstiges:

Begründung:

Eine frühzeitige Entlassung ist derzeit nur mit einer adäquaten Überwachung möglich. Aufgrund der oben aufgeführten Diagnosen ist der Patient weiterhin vom plötzlichen Herz- und Atemstillstand bedroht. Durch den o.g. Vitalmonitor ist eine Erfassung bestehender Apnoen und Bradycardien gewährleistet. Darüber hinaus können eine tägliche Alarmübersicht, sowie eine Erfassung der Compliance zur sicheren ambulanten Beurteilung und Risikoabschätzung verwendet werden. Durch die ambulante Wiedervorstellung können die Dauer der Überwachung, wie auch weitere Therapien festgelegt werden.

Erneute stationäre Wiederaufnahmen können meist reduziert werden.

☐ Es liegt eine dauerhafte Erkrankung vor, die eine kontinuierliche Überwachung erfordert

(z.B. Abhängigkeit von einem Respirator, Atmung über Tracheostoma mit Sekretretention und Gefahr der Verlegung)

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

Verordnung Alarmgrenzen Monitoring:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Gerät:

Datum:					
SpO ² Obergrenze:					
SpO ² Untergrenze:					
Puls Obergrenze:					
Puls Untergrenze:					
Apnoealarm (Zeit):					
HF Obergrenze:					
HF Untergrenze:					
Sensibilität					
Mittelungszeit					
Verstellschutz					
Stille Alarme:					
Sättigung Obergrenze (still)					
Sättigung Untergrenze (still)					
HF Obergrenze (still)					
HF Untergrenze (still)					

Ort / Datum

Stationsarzt / Stationsärztin

Stempel / Unterschrift Stationsarzt / -ärztin



FLÜSSIGSAUERSTOFF (Standgeräte)

- Das Fassungsvermögen liegt zwischen 21 l flüssig $\approx$ 18.060 l gasförmig und 46 l flüssig $\approx$ 39.560 l gasförmig.
- Der Inhalt ist im Typenschild hinterlegt z.B. C 41 bedeutet 41 LF (Liter flüssig)
- Die Geräte haben eine Eigenverdunstungsrate von ca. 0,25 LPM (Liter gasförmig pro Minute), das bedeutet, dass sich Geräte bauartbedingt selbst entleeren (dies gilt für alle Flüssigsauerstoffgeräte).
- Der Patient verbraucht gasförmigen Sauerstoff. Befüllt werden die Tanks in flüssiger Form.
- 1 LF entspricht ca. 833 l gasförmig
Beispiel: Helios U 46 = 45,7 l (Flüssigliter) $\sim$ 37.916 l (Gasliter)

- Standard-Messbereich für den Durchfluss: Aus / 0,5 / 0,75 / 1 / 1,5 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 8 / 10 l/min
- Typische Nutzungsdauer bei 2 l/min: 13,9 Tage



FLÜSSIGSAUERSTOFF (Tragegeräte)

- Das Fassungsvermögen liegt zwischen 0,35 l flüssig $\approx$ 300 l gasförmig und 1,16 l flüssig gasförmig $\approx$ 1.000 l
- Der Inhalt wird wie bei Tragegeräten im Typenschild angegeben, jedoch in Liter gasförmig, z.B. ein C1000 hat 1000 Liter gasförmig
- Es gibt 2 Arten von LOX-Tragegeräte:
 1. nur kontinuierlicher Flow
 2. mit Demandsystem (Sparsystem)
- Auch diese Geräte haben eine Eigenverdunstung von ca. 0,25 LPM
- Tragegeräte mit Demandsystem müssen jedoch extra vom Arzt verordnet werden, da sich der Patient testen lassen muss, ob er für die Triggerung geeignet ist, d.h. ob er hauptsächlich durch die Nase atmet
- Helios-Geräte benötigen eine Doppellumen-Nasenbrille, da das Demand-System sonst nicht funktioniert.

Beispiel: Companion C1000

Kapazität = 1.058 l (Gasliter) $\sim$ 1,23 kg (Flüssigliter)

- Benutzungsdauer bei einem Flow von 2 l/min: 8,5 Std.
- Standard-Flowbereich:
 - Companion C1000: 0,25 – 6 l/min
 - Companion C1000T: 0,5 – 15 l/min

Helios H 850 (Demand und Kontinuierlich)

Kapazität = 685 l (Gasliter) $\sim$ 0,91 kg (Flüssigliter)

- Benutzungsdauer bei einem Flow von 2 l/min: 6,1 Std.
- Benutzungsdauer bei einem Flow von 2 l/min im Demandmodus: 22 Std.
- Standard Flowbereich:
 - Kontinuierlich: Aus, 1, 2, 3, 4, 5, 6
 - Demand: Aus, 1,5, 2, 2,5, 3, 4



KONZENTRATOREN (Standgeräte)

- Die Raumluft wird angesaugt und durch mehrere Filter gereinigt, zuerst der Grobstaubfilter, dann Fein- und Bakterienfilter.
- Der Grobstaubfilter muss wöchentlich gereinigt werden.
- Die angesaugte Luft wird mit einem Kompressor komprimiert und mittels Molekularsieb getrennt. Der Stickstoff entweicht während der Sauerstoff in zwei Behältern aufgefangen wird. Ein Behälter entleert sich, während sich der andere befüllt. So wird eine kontinuierliche Versorgung gewährleistet

Beispiel: Drive KS 525

- Kontinuierliche Gabe von 0,5 bis 5 l/min
- 40 dB (Lautstärke)
- 300 W (Stromverbrauch)



KONZENTRATOR (mobil mit kontinuierlichem und Demandmodus)

Beispiel: Zen-O (GCE Medical)

- Kontinuierliche Gabe: 0,5 bis 2 l/min
- **Achtung: der Akku reicht bei 2 l kontinuierlich 40 Minuten**
- **Impulsmodus Stufe 2 ca. 3h**
- Impulsgabe: Stufe 1 bis 6
- 42 dB
- 150 W (Stromverbrauch)
- 4,6 Kg
- 2. Akku kann zugekauft werden (2 Akkufächer im Gerät)



KONZENTRATOR (mobil nur Demandmodus)

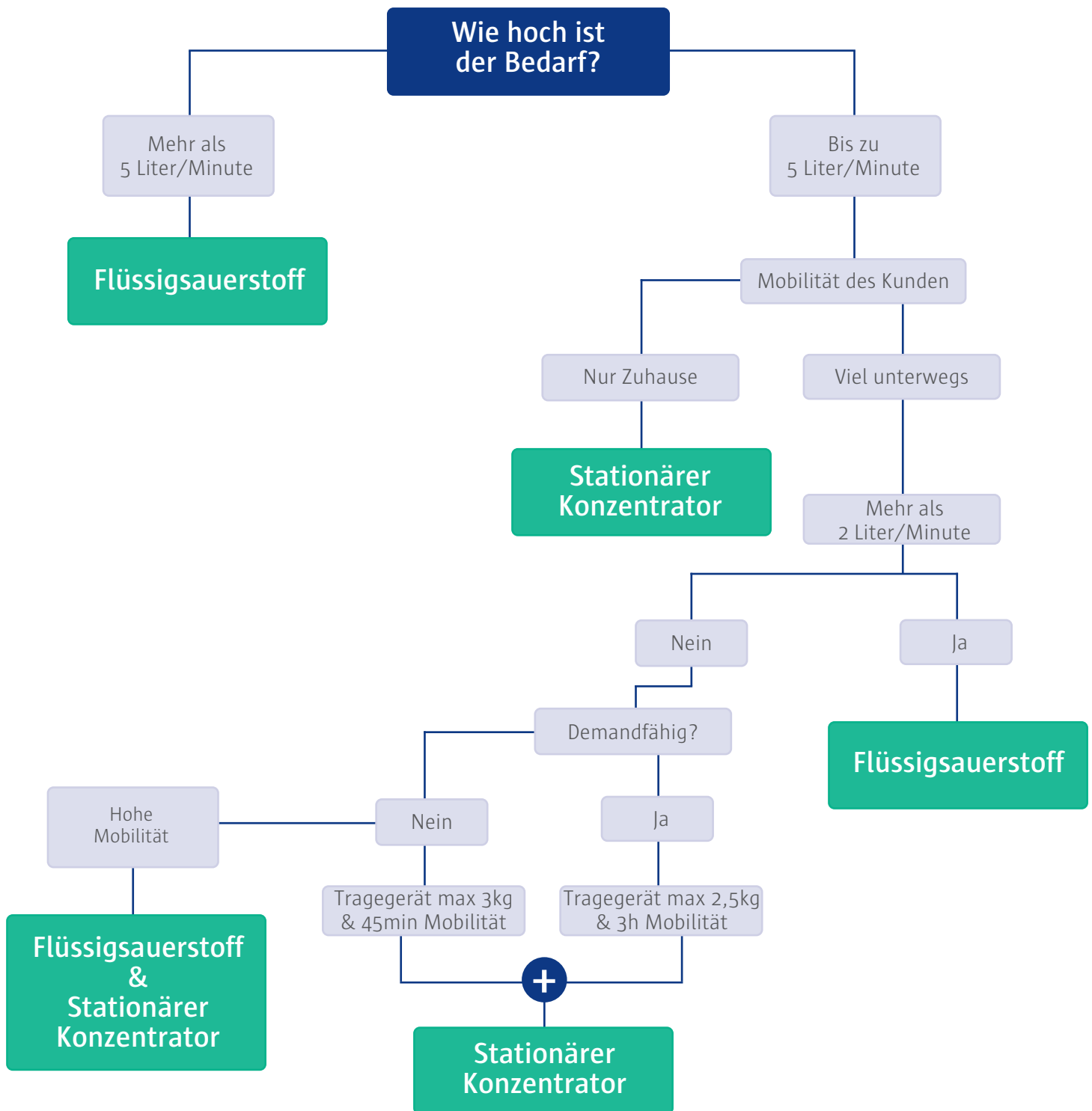
- **Voraussetzung:** Patient muss triggern können
- **Stufe** entspricht nicht l/min, sondern hängt von AF und Tidalvolumen ab. Die Stufe in Ruhe und bei Belastung muss in der Klinik angepasst werden.
- Stufen sind bei unterschiedlichen Geräten unterschiedlich und nicht übertragbar. Hier ist eine Kontrolle bei Gerätewechsel nötig.

Beispiel: Drive iGO 2

- Stufe 1-5
- 37 dB, 2,2 kg, Rucksack möglich, Tragetasche
- Akkulaufzeit auf Stufe 2 bei AF 20 bis zu 3,5 h

ENTSCHEIDUNGSHILFE SAUERSTOFFVERSORGUNG

Konzentrator oder Flüssigsauerstoff



Stationäre Konzentratoren haben keinen Akku. Bei Stromausfall wird kein Sauerstoff produziert. Ist der Patient abhängig von Sauerstoff, ist zu klären, ob ein Stromausfall toleriert wird und wie lange. Andersfalls ist nur eine Versorgung mit Flüssigsauerstoff möglich.

Information zu Laufzeiten und zur Sauerstoffkonzentration

Dauerflow	ml in 1 sec	Stufe	Simply go	Stufe	Simply go mini	Batterielaufzeit ca. in h	O2-Konz. in %
1	17	1	12	1	11	5	24
2	33	1,5	18				
3	50	2	24	2	22	4,5	26
4	67	2,5	30				
5	83	3	36	3	33	3	28
6	100	3,5	42				
7	117	4	48	4	44	2	30
8	133	4,5	54				
9	150	5	60	5	50	1,5	32
10	167	5,5	66				
		6	72				

Simply go Laufzeiten*

		Pulsierende Dosis						Kontinuierliche Strömung		
		1	2	3	4	5	6	0,5	1	2
Anzahl der Akkus	1	3,7 Stunden	3,5 Stunden	3,1 Stunden	2,7 Stunden	2,3 Stunden	1,9 Stunden	3,1 Stunden	2,3 Stunden	0,7 Stunden
	2	7,4 Stunden	7 Stunden	6,2 Stunden	5,4 Stunden	4,6 Stunden	3,8 Stunden	6,2 Stunden	4,6 Stunden	1,4 Stunden
	3	11,1 Stunden	10,5 Stunden	9,3 Stunden	8,1 Stunden	6,9 Stunden	5,7 Stunden	9,3 Stunden	6,9 Stunden	2,1 Stunden
	4	14,8 Stunden	14 Stunden	12,4 Stunden	10,8 Stunden	9,2 Stunden	7,6 Stunden	12,4 Stunden	9,2 Stunden	2,8 Stunden

*Unverbindliche Herstellerangaben

Beispiel Demandflow

O2-Konzentration bei Stufe 3 in Abhängigkeit von Atemfrequenz und Tidalvolumen

		Atemfrequenz													
Tidalvolumen		12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
	350	38%	37%	36%	35%	34%	33%	32%	32%	31%	31%	30%	30%	29%	29%
	370	37%	36%	35%	34%	33%	32%	32%	31%	31%	30%	30%	29%	29%	29%
	390	36%	35%	34%	33%	32%	32%	31%	31%	30%	30%	29%	29%	29%	28%
	410	35%	34%	33%	33%	32%	31%	31%	30%	30%	29%	29%	29%	28%	28%
	430	35%	34%	33%	32%	31%	31%	30%	30%	29%	29%	29%	28%	28%	28%
	450	34%	33%	32%	32%	31%	30%	30%	29%	29%	29%	28%	28%	28%	27%
	470	34%	33%	32%	31%	30%	30%	29%	29%	29%	28%	28%	28%	27%	27%
	490	33%	32%	31%	31%	30%	30%	29%	29%	28%	28%	28%	27%	27%	27%
	510	33%	32%	31%	30%	30%	29%	29%	28%	28%	28%	27%	27%	27%	27%
	530	32%	31%	31%	30%	29%	29%	28%	28%	28%	27%	27%	27%	27%	26%
	550	32%	31%	30%	30%	29%	29%	28%	28%	27%	27%	27%	27%	26%	26%
	570	31%	31%	30%	29%	29%	28%	28%	28%	27%	27%	27%	26%	26%	26%
	590	31%	30%	30%	29%	29%	28%	28%	27%	27%	27%	26%	26%	26%	26%



Verordnung auf der nächsten Seite anklicken, online ausfüllen oder direkt herunterladen.

Verordnung Sauerstoff

Krankenkasse: _____

Diagnose(n): _____

Angaben zum Versicherten:

Name _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Telefon Angehörige _____

Für o.g. Patienten/Patientin besteht die Indikation für eine Sauerstoff-Langzeittherapie, nachdem alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie.

Die Verordnung stützt sich unter anderem auf Messwerte der Blutgasanalyse bzw. Pulsoxymetrie:

ohne O₂-Zufuhr: pO₂ _____ SaO₂ _____ pCO₂ _____ pH _____

mit O₂-Zufuhr von _____ l/min. pO₂ _____ SaO₂ _____ pCO₂ _____ pH _____

Weitere Angaben: _____

Die Sauerstoffzufuhr ist voraussichtlich erforderlich über _____ Stunden pro Tag.

In Ruhe _____ l/min. Bei Belastung _____ l/min. Im Schlaf _____ l/min.

Demandfähig ☐ Stufe _____ in Ruhe Stufe _____ bei Belastung Gerät: _____

Für die Therapiedurchführung empfehlen wir: (wie angekreuzt)

- ☐ **Sauerstoff-Konzentrator**, inkl. erforderliches Zubehör.
Begründung: Eine stationäre Sauerstoffquelle ist für die vorgesehene Therapie ausreichend.
- ☐ **Sauerstoff-Konzentrator mobil**.
Begründung: Der Patient / Die Patientin ist weitgehend mobil und bewegt sich regelmäßig mit einem Radius von über 15 Metern. Eine stationäre Sauerstoffquelle ist für die Therapie deshalb nicht ausreichend.
☐ Pat.ist demandfähig ☐ kontinuierlicher Flow nötig (max. 2 Liter möglich)
- ☐ **Flüssigsauerstoff-System mit Standbehälter und Tragebehälter**, inkl. erforderlichem Zubehör.
Begründung: Der Patient / Die Patientin ist weitgehend mobil und bewegt sich regelmäßig mit einem Radius von über 15 Metern. Eine stationäre Sauerstoffquelle ist für die Therapie deshalb nicht ausreichend.
- ☐ **Flüssigsauerstoff zusätzlicher (zweiter) Tragebehälter**, inkl. Zubehör, da der Patient / die Patientin überwiegend mobil ist und somit hoher Sauerstoffbedarf besteht, der mit einem Tragegerät nicht ausreichend abgedeckt ist.
☐ Pat. ist demandfähig ☐ Pat. nicht demandfähig

Zur Vermeidung einer stationären Klinikbehandlung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten/der Patientin ist eine rasche Sauerstoffversorgung erforderlich und sollte

☐ noch heute ☐ bei Klinikentlassung, gewährleistet sein. Geplante Entlassung: _____

Wir beantragen die Kostenübernahme und direkte Abrechnung mit dem Geräteanbieter, der als Fachbetrieb mit qualifiziertem Personal eine patientengerechte Einweisung und eine Nachbetreuung gewährleistet.

Ort / Datum

Stationsarzt / Stationsärztin

Stempel / Unterschrift Stationsarzt / -ärztin

3. Beatmung

Lebenserhaltende Geräte (Invasiv, Noninvasiv für Bedarf > 16 h/d):



VIVO 65 (BREAS)

- Druckgesteuerte Modi: PSV, PSV(TgV), PCV, PCV(A), PCV(TgV), PCV(A+TgV), PCV-SIMV, PCV-MPV
- Volumengesteuerte Modi: VCV, VCV(A), VCV-SIMV, VCV-MPV
- Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck: CPAP
- Ab 5 kg
- Insp.- Druck max. 60 mbar
- Akku intern: 4 h, Klick-Akku: 8 h
- Pädiatrie-/Erwachsenenmodus; Klinik-/Heimmodus
- Alarm- und Trendmanagement
- Leckage-, Ventil- und Doppelschlauchsystem möglich
- Anschluss von SaO₂, CO₂, Klingelanlage etc. möglich



VIVO 55 (BREAS)

- Druckgesteuerte Modi: PSV, PSV(TgV), PCV, PCV(TgV), PCV(A), PCV(A+TgV)
- Volumengesteuerte Modi: VCV, VCV(A)
- Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck: CPAP
- Ab 10 kg
- Klinik-/Heimmodus
- Alarm- und Trendmanagement
- Leckage-, und Ventilschlauchsystem möglich
- Akku intern: 4 h, Klick-Akku: 8 h
- Anschluss von SaO₂, CO₂, Klingelanlage etc. möglich



ASTRAL 150 (RESMED)

Ab 5 kg mit Leckage, Mundstück, Ventilschlauch und Doppelschlauchsystem

- Bis 50 hPa
- Kindermodus: 50-300 ml
- 35 dB
- Verbrauch: 90 W kont., Spitze 120 W
- Laufzeit int. Akku und ext. Akku je max. 8 h
- 4 Profile, SpO₂- und FiO₂-Messung möglich

Beatmung mit Expirationsventil						Beatmung mit Leckage		
V(A)C	(A)PCV	PSV	P-SIMV	V-SIMV	CPAP	(S)T	(A)PC	CPAP



VIVO 45 LS (BREAS)

Druck- und Volumeneinstellungen, Zielvolumen, Auto-EPAP, Mundstück-Beatmung

- Verwendbar mit aktivem Ausatemventil- oder Leckage-Schlauchsystem
- Hohe Vielseitigkeit für ein breites Spektrum div. Atemwegserkrankungen und geeignet für Kinder mit einem Körpergewicht ab 5 kg
- Integrierte Polygrafie: SpO₂, FiO₂, CO₂ und respiratorische Effort-Gurte
- Invasive und nicht-invasive Beatmung
- PtcCO₂-Daten über CO₂ Sentec-/Radiometer-Monitor
- Druckgesteuerte Modi: PSV, PSV(TgV), PCV, PCV(TgV), PCV(A), PCV(A+TgV), PCV-SIMV, PSV-MPV
- Volumengesteuerte Modi: VCV, VCV(A), VCV-MPV, VCV-SIMV
- Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck: CPAP
- Automatische Druckanpassung: Auto-EPAP
- Interner Akku: 2,5 h, Klick-Akku: 6h
- Gewicht: 2,6 kg
- Lautstärke: 28 dB(A)



LUIA (LÖWENSTEIN)

Beatmung ab 30 ml VT;
High-Flow-Modus, CPAP und MPV in allen Schlauchsystemen

- Akku intern 6 h, Zusatzakku: bis 2 möglich jeweils 6 Stunden
- Gewicht: 3,8 kg
- Lautstärke: 38 dB(A)

Beachte: HiMiNr 14.24.12.3017 nur für Luisa ohne HFT, HFT Geräte-Version selbst hat keine HiFlsmittelnummer

Geräte zur intermittierenden Beatmung (nicht lebenserhaltend):



LUMIS 150 (RESMED)

Nicht-invasive Beatmung ab 13 kg, IVAPS-Modus erst ab 30 kg

- Druckgesteuerte Modi: S, T, ST, APCV, iVAPS
- Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck: CPAP
- Optional iBR und Auto-EPAP in ST- und IVAPS-Modus möglich
- OHNE Akku
- Bis 30 hPa
- 35 dB
- Stromverbrauch durchschnittlich 53 W, max. 108 W
- Besonderheit: Mit Befeuchter nur 1.300 g, sehr klein und leicht.
- Climate Line Schlauch möglich (beheizter Schlauch)



PRISMA VENT 40 (LÖWENSTEIN)

Ab 10 kg mit Leckageschlauchsystem, auch invasiv möglich

- Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck: CPAP
- Spontane Beatmung: S
- Spontan-/zeitgesteuerte Beatmung: ST, autoST
- Zeitgesteuerte Beatmung: T
- Druckunterstützte Beatmung: PSV
- Druckkontrollierte Beatmung: aPCV, PCV
- Akku: bis zu 10 h
- 28 dB(A)
- Stromverbrauch: durchschnittlich 64W max 100W
- Bis 40 hPa
- Gewicht: 2,4 kg, Akku: 0,6 kg



VIVO 3 (BREAS)

Ab 10 Kg über Leckagesystem

- Druckgesteuerte Modi: PSV, aPCV, PCV
- Spontan-/spontanzeitgesteuerte Modi: S, ST, autoST
- Zeitgesteuerter Modus: T
- Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck: CPAP
- Akku: 2-3 h
- Gewicht: 1,8 Kg
- 27,8 dB(A)
- Stromverbrauch: durchschnittlich max. 25 W ohne und 40 W mit Befeuchter



Verordnung auf der nächsten Seite anklicken,
online ausfüllen oder direkt herunterladen.

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

Verordnung 2. Beatmungsgerät:

- ☐ Zweitgerät erforderlich, da die Beatmungsdauer 16 h täglich überschreitet.

Die Abhängigkeit vom Beatmungsgerät besteht derzeit durchschnittlich _____ h.

- ☐ Bei Abhängigkeit vom Beatmungsgerät ist ein lebenserhaltendes System zu wählen, darauf wurde in diesem Fall ausdrücklich verzichtet da der Patient über ausreichend Spontanatmung verfügt, um z.B. einen Stromausfall zu überbrücken bzw. weil:

Beatmungsparameter

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

- ☐ Siehe Arztbrief

☐ _____

Begründung der 2. Beatmungsmaske:

- ☐ Durch Problemzonen und vorhandene Druckstellen u.a. am Nasenwurzelbereich, würden wir eine zweite Beatmungsmaske als Ausgleich befürworten.

Maske: _____ Typ: _____ Größe: _____

- ☐ Da die Beatmungsdauer durchschnittlich über 16 h liegt, ist mit einem höheren Verschleiß der Maske zu rechnen, bei einem Defekt der Maske muss eine Ersatzmaske bereitliegen

Spezielles Zubehör:

Für die adäquate Versorgung des Patienten im häuslichen Bereich werden folgende Hilfsmittel benötigt:

☐ Gerätetisch

- ☐ Befeuchter: ☐ HC 150 F&P (Leckageschlauchsystem)

☐ H4i (Stellar) ☐ H6i (Lumis)

☐ Airconbefeuchter ☐ mit zusätzlich expiratorischer Heizung

☐ Mobilität:

Da der Patient mobil ist bzw. auch regelmäßig außer Haus ist (z.B. Arztbesuche, Dialyse etc.), ist eine zusätzliche Versorgung nötig mit:

- ☐ externer zusätzlicher Akku ☐ Transporttasche ☐ Sonderbau (z.B. Halterung für Rollstuhl)

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

4. CPAP/APAP/BIPAP



AIRSENSE AUTOSET, AIRCURVE/PACEWAVE 11 (RESMED)

- Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck: CPAP
- Automatischer positiver Atemwegsdruck: APAP
- Adaptive Servoventilation: ASV, ASV Auto
- Spontan-/zeitgesteuerte Beatmung: ST
- Bis zu 40 hPa
- Zusätzlicher Sauerstoff: bis zu 15 l/min bei CPAP/ASV, bis zu 4 l/min bei ASV Auto
- Netzteil: 90 W
- EPR: Stufe 1-3
- Abmessungen (H x B x T): 94,5 mm x 236,8 mm x 138,5 mm
- Druckbereich: 4-20 cm H₂O bei CPAP
- Druckbereich: 4-30 cm H₂O bei ASV/ASV Auto
- Typischer Stromverbrauch: 53 W
- Maximaler Stromverbrauch: 104 W



PRISMALINE (LÖWENSTEIN)

- Kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck: CPAP
- Automatischer positiver Atemwegsdruck: APAP, autoS, autoS/T
- Spontane Beatmung: S
- Spontan-/zeitgesteuerte Beatmung: S/T
- Zeitgesteuerte Beatmung: T
- Adaptive Servoventilation: AcSV
- Bis zu 30 hPa
- Netzteil: 90 W
- SoftPAP: Stufe 1-3
- Abmessungen (H x B x T): 17 cm x 13,5 cm x 18 cm
- Druckbereich: 4-225 cm H₂O
- Typischer Stromverbrauch: 57 W
- Maximaler Stromverbrauch: 74 W



Verordnung auf der nächsten Seite anklicken,
online ausfüllen oder direkt herunterladen.

Verordnung einer nCPAP/APAP/BIPAP-Therapie

Patientendaten

Name, Vorname:

Straße, PLZ, Wohnort:

Geburtsdatum:

Krankenkasse/Kostenträger:

Versicherungsnummer:

Diagnose:

RDI:

O2 Min:

CPAP-Druck:

CPAP-Druck:

IPAP:

IPAP:

Die Patientin/der Patient leidet unter einem ausgeprägten, dringend behandlungsbedürftigen Schlaf-Apnoe-Syndrom. In der Diagnostik lassen sich während des Schlafes schwere Obstruktionen mit massiven Sauerstoffsättigungen und Herzfrequenzfluktuationen nachweisen, die zu einer gestörten Schlafstruktur führen. Der Patient ist von einer deutlichen Beschwerdesymptomatik betroffen. Die schlafbezogene Atemstörung erhöht das Risiko zu den Erkrankungen Hypertonie, Herzrhythmusstörungen, Herzinfarkt, plötzlicher Herztod, Hirninfarkt, Vigilanzstörungen, Impotenz u.a. Bei einer unbehandelten Schlaf-Apnoe ist mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko zu rechnen.

- ☐ Durch entsprechende Behandlung mit einem Druckgenerator konnte mit kontinuierlicher positiver Druckbeatmung (nCPAP-Gerät) eine deutliche subjektive und objektiv messbare Besserung dieser Schlafatemstörung erreicht werden.
- ☐ Die anfangs eingeleitete Behandlung mit nCPAP musste wegen zu hohem Arbeitsdruck und Komplikationen wie Austrocknung der Nasen-/Rachenschleimhaut und/oder Erschwerung der Ausatmung beendet werden. Erst die individuelle Anpassung eines BIPAP-Gerätes führte zu einem befriedigenden Behandlungserfolg.
- ☐ Die konventionelle nCPAP-Behandlung führte zu keiner Besserung, da ein zentrales Schlafapnoe-Syndrom vorliegt. Erst die individuelle Anpassung eines BIPAP ST-Gerätes führte zu einem befriedigenden Behandlungserfolg.
- ☐ Wegen Schlafstadien- bzw. lageabhängig unterschiedlichem Druckbedarf ist ein Auto-CPAP-Gerät erforderlich.
- ☐ Durch Einsatz eines integrierten bzw. adaptierbaren Warmluftbefeuchters wurden aufgetretene Beschwerden, wie das Austrocknen der Nasenschleimhaut mit einhergehender chronischer Rhinitis und Sinusitis gelindert.
- ☐ Auf Grund einer bekannten Hausstaub-, Milben-, Pollenallergie bzw. wegen allergischer Rhinitis mit Fließschnupfen ist ein Allergikerfilter unerlässlich. Der kontinuierliche Luftstrom eines CPAP/BIPAP-Gerätes verursacht bei Allergikern verstärkt Reizungen, die durch den Einsatz dieses speziellen Allergikerfilters verhindert werden.

Diese Gerätetherapie incl. Maskensystem wurde unter klinischen Bedingungen individuell angepasst und ausreichend erprobt. Diese Therapie ist nach unseren Untersuchungsbefunden effektiv; andere Behandlungsmaßnahmen sind nicht ausreichend. Um die Gesundheit des Patienten und, um den Therapieerfolg nicht zu gefährden, haben wir dem Patienten das u.g. angepasste Therapiesystem bereits mitgegeben. Wir beantragen die Kostenübernahme und direkte Abrechnung mit dem Gerätelieferanten, der als Fachbetrieb mit qualifiziertem Personal die technische Anwenderbetreuung gewährleistet.

Eine Einweisung und Schulung in die Handhabung des Therapiesystems ist erfolgt. Der Patient zeigt ein kooperatives Verhalten und ist bereit, die Therapie, die voraussichtlich lebenslang fortgesetzt werden muss, konsequent durchzuführen. Der Patient wurde auf die allgemein notwendigen Maßnahmen (Gewichtsreduktion, Schlafhygiene sowie das Vermeiden von Nikotin, Sedativa und Alkohol) hingewiesen.

Mit freundlichen Grüßen

Datum, Stempel Schlaflabor/Klinik, Unterschrift des Arztes

Empfangsbestätigung des Patienten:

Gerätename: _____

☐ Atemmaske: (Typ, Größe) _____

☐ Ausatemventil: _____

☐ Befeuchter integriert

Name: _____

Der Unterzeichner erklärt hiermit, dass er die Empfangsbestätigung auf der Rückseite der Verordnung zustimmend zur Kenntnis genommen hat.

Unterschrift des Patienten: _____

Seriennr.: _____

☐ Kopfband: _____

☐ Befeuchter adaptiert

Seriennr.: _____

5. Absaugung



VACUAIDE 7325 (DRIVE)

Technische Daten:

- Max -0,7 bar
- Wartungsfrei
- 27 l Flow
- Betrieb: max. 30 min
- 30 min aus
- 55 dB
- 33 W
- Gewicht: 1,5-1,8 kg

Akku:

- Ca. 45 min
- Ladezeit komplett: 3 h



ATMOS LC 27 (ATMOS)

Technische Daten:

- Max -0,8 bar
- Wartungsfrei
- 27 l (Akku)
- 37 W
- 65 dB
- Gewicht: 3,5 kg

Akku:

- Bleigel-Akku
- Ca. 60 min, 30 min on 30 min off
- Ladezeit: 12 h



Verordnung auf der nächsten Seite anklicken,
online ausfüllen oder direkt herunterladen.

Verordnung Absauggerät

zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name, Vorname: _____
Geb. Datum: _____
Anschrift _____

Telefon-Nr. _____
Krankenkasse _____
Versicherungsnummer _____

Sehr geehrte Damen und Herren,

oben genannte/r Patient/in befindet sich seitdem _____ in unserer stationären Behandlung.

Diagnose/n: _____

Verordnung:

- ☐ **Absauggerät netzunabhängig.**
Zur ortsunabhängigen, intermittierenden Absaugung bei gelegentlich auftretenden Problemen
(z.B. bei Schluckstörungen, Reflux, rez. Erbrechen mit Aspirationsgefahr)
- ☐ **Absauggerät netzabhängig.**
Zur intermittierenden Absaugung bei gelegentlich auftretenden Problemen und immobilem Patient oder nur zu Hause
auftretenden Problemen.
(z.B. bei Schluckstörungen, Reflux, rez. Erbrechen mit Aspirationsgefahr)
- ☐ **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.
- ☐ **Absauggerät Thopaz (bei langstreckiger Ösophagusatresie)**
Bei einer langstreckigen Ösophagusatresie kann die Speiseröhre nach der Geburt nicht sofort verschlossen werden.
Es fehlen zwischen dem unteren und dem oberen Ende der Speiseröhre mehrere Zentimeter, die aus ärztlicher
chirurgischer Sicht nicht sofort zusammengefügt werden können.
Eine Operation ist erst nach einer gewissen Zeit möglich, wenn der Zustand des Kindes stabiler ist, eventuell ist durch das
Wachstum auch eine bessere Ausgangsposition für die OP zu erreichen.
Zur Überbrückung dieser Zeit ist eine Schlürfdrainage nötig, die im oberen Blindsack dauerhaft platziert wird.
Über diese Sonde wird 24 Stunden am Tag der Speichel/Schleim des Kindes mit Hilfe der Thopazpumpe abgesaugt um
eine Aspiration und/oder eine Luftnot des Kindes zu verhindern. Nur die Thopazpumpe erlaubt eine kontinuierliche
Absaugung über 24h, Standardgeräte sind nur zur intermittierenden Absaugung geeignet.

Um eine Trinkstörung beim Kind zu vermeiden und dem natürlichen Saugbedürfnis des Kindes nachzukommen, werden
dem Kind Scheinfütterungen angeboten. Um diese Scheinfütterung durchzuführen, wird die Schlürfdrainage an ein
netzabhängiges Absauggerät mit hoher Leistung angeschlossen, damit die Trinkmenge sofort abgesaugt wird und es
somit nicht zu einer Aspiration kommt.

Ein zusätzliches, mobiles Absauggerät wird etwa für Arztbesuche benötigt und dient auch dem Ersatz bei evtl. defektem
Gerät um die notfallmäßige Absaugung Rund um die Uhr gewährleisten zu können.

Wir bitten um Kostenübernahme - bei kurzer Therapiedauer auf Mietbasis - und verbleiben
mit freundlichen Grüßen

Ort / Datum

Stationsarzt / Stationsärztin

Stempel / Unterschrift Stationsarzt / -ärztin



CLEARO MIT TREATREPEAT 27® (BREAS)

(ehem. Nippy Clearway 2)

Das MI-E-Gerät der zweiten Generation von Breas verfügt über die neueste Technologie für eine effektive und präzise Therapie zur Hustenassistent und zum Sekretmanagement.

Mit der TreatRepeat-Funktion kann der Therapeut manuell, unterschiedlich häufige Insufflationen und Exsufflationen durchführen und diese jeweilig durchgeführte Behandlung im Gerät speichern, um sie automatisch zu wiederholen. Dies trägt zur verbesserten Genauigkeit und Geschwindigkeit der Titration und Einleitung bei.

Technische Daten:

- Modi: Manuell, Basis Auto, Programmierbarer-Modus, IPPB, NIV
- Insufflationsdruck: 3-70cmH₂O
- Exsufflationsdruck: -3 - -70cmH₂O
- Oszillation
- Gewicht: 3,75 kg
- Interner Akku: optional
- STK: alle 24 Monate



Abbildung dient als Beispiel für das Gerät.
Das tatsächliche Produkt kann abweichen.

KALOS (MEDICAL INSPIRATION)

KALOS ist ein Medizinprodukt, das zur Entfernung von Sekret in den Atemwegen von Erwachsenen und Kindern entwickelt und hergestellt wurde. Es kann sowohl im Krankenhaus, als auch zu Hause angewendet werden.

Technische Daten:

- Wartungsfrei
- Interner Akku
- Gewicht: 2,9 kg
- Verbrauch: 70 W
- Insufflationsdruck: 0-70cmH₂O
- Exsufflationsdruck: 0- -70cmH₂O
- Oszillation in In und Exspir. möglich
- Auto / Sync / Man. Modus
- Free Aspire
- Messung des Hustenstoßes



Verordnung auf der nächsten Seite anklicken,
online ausfüllen oder direkt herunterladen.

Verordnung Hustenassistent

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Diagnosen / ICD:

Hilfsmittelversorgung

Hustenassistent

☐ Kalos ☐ Clearo (Nippy Clearway 2)

Begründung:

Als Folge der Erkrankung ist der Patient nicht in der Lage, eine ausreichende Sekretclearance aufrecht zu erhalten.

Daraus resultierende Sekretretentionen können zu rezidivierenden Pneumonien mit konsekutiver, lebensbedrohlicher Sepsis führen.

Um eine suffiziente Sekretmobilisieren zu ermöglichen, befürworten wir den Einsatz eines Hustenassistenten.

Konsequenterweise lassen sich hierdurch zukünftige Krankenhausaufenthalte vermeiden.

Einstellungen:

Modus:		Zyklen			
P insp:		P exp.		Pause	
T insp		T exp			
Oszillation	In / ex / bde	Oszill		OszillAmplitude	

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

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



MICRODROP® PRO 2 (MPV MEDICAL)

Technische Daten:

- 2,5 ml/5 min (in Pos. max)
- Max. 8 ml
- MMAD: 2,5 µm
- Ähnlich Pari Boy oder InnoSpire
- Für spontan atmende Patienten, v.a. Kinder
- Spezielle Edition
- Jahresset mit verschiedenen Masken und Mundstücken
- Kleinkinder bis Erwachsene



MICRODROP® CALIMERO 2 (MPV MEDICAL)

Technische Daten:

- 2,5 ml/5 min (in Pos max)
- Max 8ml
- MMAD 2,5 µm
- Ähnlich ParyBoy oder Innospire
- Für Spontan atmende Patienten, v.a. Kinder
- (spezielle Edition)
- Jahresset mit verschiedenen Masken und Mundstücken
- (Kleinkinder bis Erwachsene)



POCKET AIR (INSPIRATION MEDICAL)

Technische Daten:

- Max. 6 ml
- MMAD: <5 µm
- >0,25 ml/min

Besonderheit:

- Betrieb mit Batterie oder Akku
- Nur für spontan atmende Patienten
- Sehr klein



Verordnung auf der nächsten Seite anklicken,
online ausfüllen oder direkt herunterladen.

Verordnung Inhalationsgerät

Zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Diagnose / ICD:

Vernebler:

Bei dem oben genannten Patienten wurde in der Klinik die benötigte Therapie mit einem Medikamenten-Vernebler begonnen. Für die häusliche, weiterführende Therapie ist folgendes Gerät notwendig:

☐ Aerogen USB-Controller

Begründung: Spezieller Vernebler für beatmete Patienten oder Patienten mit häufigem Vernebeln von Medikamenten, die speziell kleine Teilchengröße ermöglicht, eine Applikation in die tiefen Atemwege.

Dieses System erzeugt keinen Flow und kann deshalb mit Beatmungsgeräten oder High-Flow-Systemen kombiniert werden

☐ Micro Drop Pro 2 (Auch als Muster 16 möglich PZN: 03204625 Hilfsmittel-Nr: 14.24.01.0121)

Standardvernebler für Erwachsene (und Kinder) über Mundstück oder Maske (aufbereitbar, Jahresset)

☐ Micro-Drop Calimero 2

Standardvernebler für Kinder (und Erwachsene) (Enthält Masken ab Größe 1 für Kleinkinder, Kinderedition mit extra Halterung)

☐ Pocket Air (Inspiration medical)

Für spontan atmende Patienten per Maske oder Mundstück, auch die Verwendung einer hypertonen Kochsalzlösung bis 6% ist möglich

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

Beachte: Keine Hilfsmittelnummer, nicht verschreibungsfähig, deshalb erst Prüfung durch MDK, ausführliche Begründung nötig.



MYAIRVO™ 2 (FISCHER & PAYKEL HEALTHCARE)

Der myAIRVO 2 erzeugt hohe Flows von erwärmten und befeuchteten Luft-/Sauerstoffgemischen, die dem Patienten über verschiedene Nasen-, Tracheostomie- und Masken-Interfaces zugeführt werden können.

Das Gerät hat einen Erwachsenen- und Kindermodus und ist mit entsprechenden Adaptoren oder Optiflowbrillen von Kleinkindern bis zu tracheotomierten Erwachsenen einsetzbar. Spontanatmung ist Voraussetzung.

myAIRVO™ 2-LUFTBEFEUCHTER MIT INTEGRIERTEM FLOW-GENERATOR

Verwendungszweck	Der myAIRVO 2-Luftbefeuchter ist für die Behandlung von spontan atmen- den Patienten geeignet, die von einer hohen Zufuhr erwärmter und be- feuchteter Atemgase profitieren können. Das Gerät ist auch für Patienten geeignet, deren obere Atemwege umgangen werden. Je nach Patienten- charakteristik kann sich der Flow zwischen 2 l/min und 60 l/min bewegen. Der myAIRVO 2 ist für Patienten zu Hause und in Langzeitpflegeeinrichtun- gen vorgesehen.
Feuchtigkeitsabgabe	Entspricht dem Qualitätsstandard ISO 8185:2007
Floweinstellungen	10 bis 60 l/min (in Schritten von 5 l/min) (Standard) 2 bis 25 l/min (in Schritten von 1 l/min) (Junior-Modus)
Patienten-Interfaces	F&P Optiflow+ – Nasenkanülen F&P Optiflow+ – Tracheostomie-Interface Masken mit 22-mm-Standardkonusadapter
Modelle	PT100AZ/PT100EE/PT100EW/PT100UK/ PT100US/PT100AN/PT100JP/PT100KR
Abmessungen	295 mm × 170 mm × 175 mm (11,6 Zoll × 6,7 Zoll × 6,9 Zoll)
Gewicht	2,2 kg (4,8 US-Pfund) – Gerät allein 3,4 kg (7,5 US-Pfund) – in der Tasche mit Zubehör
Elektrische Leistung	50–60 Hz 100–115 V – 2,2 A (2,4 A max.) 220–240 V – 1,8 A (2,0 A max.)



Verordnung auf der nächsten Seite anklicken, online ausfüllen oder direkt herunterladen.

Verordnung High-Flow Atemgasbefeuchtung (Spontanatmung)

Zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Diagnose / ICD:

Hilfsmittelversorgung Atemgasbefeuchter MyAirvo

Begründung:

Als Folge der Erkrankung ist der Patient nicht in der Lage, eine ausreichende Sekretclearance aufrecht zu erhalten.

Auch durch sehr häufige Inhalation am Tage kommt es zu Eindickung und Borkenbildung des Atemsekrets mit der Gefahr der Verlegung der Atemwege, bzw. bei tracheotomierten Patienten des Tubus, mit ausgeprägter Absaugpflicht und wiederkehrenden gefährlichen Situationen durch eingengtes Lumen durch zähes Sekret/Borken.

Dadurch besteht für den Patient ein erhöhtes Risiko durch häufiges Absaugen eine Verletzung im Bereich der Trachea zu erleiden.

Verlegte Atemwege führen zu erhöhter Atemarbeit und Erschöpfung mit Hyperkapnie und evtl. auch zu Hypoxien im Rahmen der verschlechterten Atmung.

Die mangelnde Sekretclearance kann darüber hinaus zu rezidivierenden Pneumonien mit konsekutiver lebensbedrohlicher Sepsis führen.

Um eine suffiziente Sekretmobilisation und -Clearance zu ermöglichen, befürworten wir den Einsatz eines Atemgasbefeuchters der Firma Fisher und Paykel. Dem Gerät kann auch Sauerstoff beigemischt werden, bei höheren Flowraten entsteht ein PEEP und eine inspiratorische Atempumpenentlastung, so dass auf längere Sicht vielleicht auch eine drohende Beatmung abgewendet werden kann.

Konsequenterweise lassen sich hierdurch zukünftige Krankenhausaufenthalte vermeiden.

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



AMIKA® (FRESENIUS KABI)

Amika® / Amika®+, die enteralen Ernährungspumpen der aktuellen Generation von Fresenius Kabi, wurden entwickelt für eine zuverlässige und anwenderfreundliche enterale Ernährungstherapie.

- Bis 600 mL/h
- Akkulaufzeit: bis 24 h
- Verbrauch: 7 W
- Gewicht: 1.060 g (Pumpe mit Halter)
- Rucksack /Tischständer optional
- Zielvolumen
- Verschluss/Lufterkennung: ca. 5 min



FLOCARE (NUTRICIA)

Die Flocare® Infinity™ III Pumpe ist eine enterale Ernährungspumpe, die nach dem Prinzip der Rollenperistaltik arbeitet. Die Pumpe bietet eine Vielzahl von Optionen, die eine individuelle Anpassung an die Patientenbedürfnisse, sowie eine flexible Gestaltung der enteralen Ernährungstherapie ermöglichen.

- Verschluss-/Lufterkennung: ca. 2 min
- Gewicht: 430 g
- Bis 600 mL/h
- Bolusgaben
- Zielvolumen
- Akkulaufzeit: 24 h
- Verbrauch: 11 W

Verordnungsmuster für Sondenkost oder Trinknahrung



Bei **Entlassung** können Kliniken enterale Ernährung für einen Zeitraum von **maximal 7 Tagen** verordnen. Das **Entlassrezept** ist in der Regel **3 bis 5 Tage gültig** und sollte frühzeitig vor der Entlassung ausgestellt werden. Die **Verordnungsmenge** entspricht üblicherweise **1 Karton hochkalorischer bzw. 2 Kartons normokalorischer Nahrung** und richtet sich nach dem individuellen Bedarf des Patienten. Für die anschließende Versorgung ist eine **Folgeverordnung** durch den weiterbehandelnden Hausarzt **erforderlich**.

☐ Gebühr frei ☐ Geb.-pfl. ☐ noctu ☐ Sonstige ☐ Unfall ☐ Arbeitsunfall	Krankenkasse bzw. Kostenträger		Hilfs- mittel		Impf- stoff	Spr.-St. Bedarf	Begr.- Pflicht	Apotheken-Nummer / IK		
	\$300 - Musterkasse		6	7	8	9				
	Name, Vorname des Versicherten		Zuzahlung							Gesamt-Brutto
	Mustermann Max									
	geb. am									
	01.02.2034									
Musterstr. 123 12345 Musterstadt		Arzneimittel-/Hilfsmittel-Nr.		Faktor		Taxe				
Kostenträgerkennung		Versicherten-Nr.		Status		1. Verordnung				
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum		2. Verordnung				
						3. Verordnung				
Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)										
Enterale Ernährung nach Entlassung 1x Stück Artikel und Anzahl; PZN: XXXXXXX										
Diagnose/Diagnoseschlüssel *****										
123456789 Dr. Max Mustermann LANR: 123456789 Facharzt für Musterbehandlung Musterstraße 123 12345 Musterstadt Tel. 12345-6789 Fax -123456										
Abgabedatum in der Apotheke										
Unterschrift des Arztes Muster 16 (10.2014)										
Bei Arbeitsunfall auszufüllen!										
Unfalltag										
Unfallbetrieb oder Arbeitgebernnummer										

Anmerkungen:



Verordnung auf der nächsten Seite anklicken,
online ausfüllen oder direkt herunterladen.

Verordnung Ernährungspumpe mit Zubehör

Zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Diagnose / ICD:

Sehr geehrte Damen und Herren,

oben genannte/r Patient/in befindet sich seitdem _____ in unserer stationären Behandlung.
Für die weitere, häusliche Versorgung werden folgende Artikel verordnet:

Ernährungspumpe mit Zubehör zur enteralen Ernährung via PEG / PEJ / Magensonde / Button / Gastrotube

- ☐ Amika+ ☐ Flocare infinity III (nur Kinder)
- ☐ Infusionsständer ☐ Tischständer ☐ Rucksack
- ☐ Überleitsysteme ☐ Applix-Hydro Bag (VE 8 Stück) ☐ Schwerkraftsysteme
- ☐ PEG-Verbandset (VE 15 Stück)

Enfit Einmalspritzen (VE = 30 Stück) ☐ 20ml ☐ 10ml ☐ 5 ml ☐ 2ml ☐

☐ Magensonde ☐ Jejunalsonde ☐ PEG ☐ Button ☐ Gastrotube

Größe/Ch. _____ Bez./Hersteller _____

Länge: _____ Anlage am: _____

Nahrung:

Kalorienbedarf:

Zusätzliche Flüssigkeitsmenge:

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

Hinweis:

Die folgende Verordnungsvorlage ist nicht spezifisch und kann auch für weitere, erforderliche Hilfsmittel, z. B. aus dem Bereich Homecare, verwendet werden.

Alle Verordnungen. Ein Klick.

Schon entdeckt?
Unser Glotz-Service: **Downloads**

Einfach QR-Code scannen oder direkt aufrufen:



www.glotz.de/downloads



Die im Verordnungsleitfaden aufgeführten Verordnungsvorlagen finden Sie ganz bequem online zum Download.



Verordnung auf der nächsten Seite anklicken,
online ausfüllen oder direkt herunterladen.

Verordnung

zur Vorlage bei der Krankenkasse

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Diagnose / ICD:

Sehr geehrte Damen und Herren,

oben genannte / r Patient / in befindet sich seit dem _____ in unserer stationärer Behandlung.
Für die weitere häusliche Versorgung werden folgende Hilfsmittel verordnet:

Verordnung:

Anzahl/Stück	Zubehör

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

Mit freundlichen Grüßen

Ort / Datum

Stationsarzt / Stationsärztin

Stempel / Unterschrift Stationsarzt / ärztin

Antrag auf Leistungserbringerwechsel



Name _____

Anschrift _____

Geburtsdatum _____

Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____

Bisheriger Versorger _____

Letzte Versorgung bzw.
Abrechnungsmonat

Einwilligungserklärung:

Hiermit beauftrage ich das Vital-Zentrum Sanitätshaus Glotz GmbH, unten aufgeführte Dienstleistungen auszuführen und Hilfsmittel an mich zu liefern*.

☐ **Reha**

- | | |
|--|--|
| ☐ Bade- und Duschhilfen | ☐ Gehhilfen |
| ☐ Dekubitusversorgung | ☐ Kranken-/Behindertenfahrzeuge |
| ☐ Sonstiges: | |

bisheriger Versorger: : _____

Letzte Versorgung bzw. Abrechnungsmonat

☐ **Medizintechnik**

- | | |
|--|--|
| ☐ Sauerstoff | ☐ Heimbeatmung |
| ☐ Schlafapnoe | ☐ Pulsoxymetrie |
| ☐ Hustenassistent | ☐ Absaugung |
| ☐ Tracheostoma | ☐ Sonstiges: |

bisheriger Versorger: _____

Letzte Versorgung bzw. Abrechnungsmonat

☐ **Homecare**

- | | |
|---|---|
| ☐ Enterale Ernährung | ☐ Inkontinenz |
| ☐ Stoma | ☐ Enterale Technik |
| ☐ Verbandstoffe | ☐ Wundversorgung |
| ☐ Kolo-, Ileo-, Urostoma | |
| ☐ Sonstiges: | |

bisheriger Versorger: _____

Letzte Versorgung bzw. Abrechnungsmonat

Ort/Datum

Unterschrift

* Es liegt eine datenschutzrechtliche Einwilligung des Versicherten gemäß DSGVO vor.

Das Vital-Zentrum Sanitätshaus Glotz GmbH ist berechtigt, im Rahmen des Leistungserbringerwechsels die zur Versorgung erforderlichen Auskünfte bei Krankenkassen, bisherigen Leistungserbringern, sowie weiteren beteiligten Stellen einzuholen und die hierfür notwendigen personenbezogenen Daten zu verarbeiten.

Einwilligung in die Verarbeitung und Weitergabe von personenbezogenen Daten
(gem. Art. 6 Abs. 1 a) DSGVO und Schweigepflichtentbindung

Name des Kunden

E Mail Adresse

Mobilnummer

Anschrift des Kunden

Gegebenenfalls Name des gesetzlichen Vertreters

Anschrift

Ich bin damit einverstanden, dass meine erhobenen personenbezogenen Daten sowie meine Gesundheitsdaten zum Zwecke der Durchführung des vorliegenden Vertragsverhältnisses und der damit verbundenen Betreuung bzw. Versorgung gespeichert und genutzt werden. Dies gilt auch für eine Kontaktaufnahme mit mir per E-Mail und Telefon.

Die Sanitätshaus Glotz GmbH verwendet die von mir angegebenen Daten auf Grundlage meiner Einwilligung ausschließlich zu nachfolgenden Zwecken: (nicht Zutreffendes bitte streichen)

1. Zum Zweck der indirekten Abrechnung über ein Abrechnungszentrum und direkten Abrechnung mit der privaten und gesetzlichen Krankenversicherung bzw. Pflegeversicherung, bzw. MDK sowie Anfragen/Kontaktaufnahme unsererseits, zwecks Rezeptanforderungen, Kostenübernahmen, Zuzahlungen, Zahlungsbefreiungen und zur Auftragsabwicklung.
2. Zum Zweck der Erstellung von Kostenvoranschlägen für Hilfsmittel und Medizinprodukten.
3. Zum Zweck der Kontaktaufnahme mit Ihrem behandelnden Arzt im Sinne der Therapiesicherheit und Klärung.
4. Zum Zweck der Mitteilung von anstehenden Wartungsintervallen und sicherheitstechnischen Kontrollen Ihrer Hilfsmittel lt. MPG und Betreiberpflichten sowie sich daraus ergebende Pflichten.
5. Zum Zweck der Belieferung durch Subunternehmen.
6. Ggfs. Foto- und Videodokumentation zum Zweck einer optimalen Versorgung.
7. Zum Zweck der Etikettierung, mit den nötigen Angaben zur Personifizierung, von Hilfsmitteln.

☐ Zum Zweck von Informationsmaßnahmen, Aktionseinladungen, Treuekarten und Befragungen (schriftlicher und telefonischer Form)

Für die oben genannten Zwecke entbinde ich meinen behandelnden Leistungserbringer von seiner Verschwiegenheitspflicht nach § 203 StGB unter der Voraussetzung, dass die Bestimmungen aus den einschlägigen Datenschutzgesetzen eingehalten werden.

Diese Einwilligung kann jederzeit, mit Wirkung für die Zukunft, gegenüber dem oben genannten Unternehmen widerrufen werden. Das Recht auf Auskunft gemäß Art. 15 DSGVO und § 34 BDSG (neu) bleibt hiervon unberührt. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Ich bin darüber belehrt worden, dass ich das Recht auf Auskunftserteilung sowie, auf eine Berichtigung, Löschung und Einschränkung der Verarbeitung meiner Daten verlangen kann, soweit dem keine gesetzlichen Bestimmungen entgegenstehen. Diese Einwilligung habe ich freiwillig erteilt.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kunde / gesetzlicher Vertreter

Information an den Betroffenen nach Artikel 13 EU Datenschutz-Grundverordnung

Aufgrund einer Forderung aus der am 25. Mai 2018 in Kraft getretenen EU Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sind wir, die Firma Sanitätshaus Glotz GmbH, Dieselstr. 19-21 in 70839 Gerlingen verpflichtet, Sie nach Artikel 13 der DSGVO ausführlich über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten auf unserer Webseite (nachfolgend nur noch „Daten“ genannt) aufzuklären.

Datenschutzbestimmungen

Mit diesen Datenschutzbestimmungen möchte die Sanitätshaus Glotz GmbH (nachfolgend: „Glotz“) Sie darüber informieren, wie Ihre personenbezogenen Daten verarbeitet werden und wer auf die von Ihnen hinterlegten Daten Zugriff hat. Glotz unterwirft sich nachfolgenden Grundsätzen beim Schutz Ihrer personenbezogenen Daten. Glotz verarbeitet und verwendet Ihre personenbezogenen Daten unter Einhaltung der Datenschutzbestimmungen der Europäischen Union und der Datenschutzgesetze der Bundesrepublik Deutschland. Glotz nutzt Ihre personenbezogenen Daten ausschließlich im Rahmen nachfolgender Bestimmungen und gibt die Daten an keinen Dritten weiter.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist weder gesetzlich noch vertraglich vorgeschrieben. Eine Verpflichtung zur Bereitstellung Ihrer Daten an uns besteht nicht. Das Nichtbereitstellen Ihrer Daten hat jedoch zur Folge, dass die nachfolgenden Zwecke teilweise nicht mehr verwirklicht werden können.

Eine Speicherung Ihrer im Rahmen vorbenannter Zwecke zur Verfügung gestellter Daten erfolgt nicht länger als dies betrieblich bzw. gesetzlich (zur Erfüllung von Aufbewahrungspflichten) erforderlich ist. Glotz erklärt ausdrücklich, dass eine Weitergabe an Dritte nicht erfolgt.

Zur Erfüllung vorgenannter Zwecke bedient sich Glotz sogenannter Auftragsverarbeiter, d.h. solcher Unternehmen, die im Auftrag von Glotz Daten verarbeiten (z.B. Hoster oder Rechenzentren). Ein Zugriff auf Ihre Daten ist durch solche Auftragsverarbeiter grundsätzlich möglich. Als in Deutschland ansässige Unternehmen sind diese zur Einhaltung desselben Datenschutzniveaus verpflichtet, wie Glotz.

Sie können von Glotz hinsichtlich der Sie betreffenden personenbezogenen Daten anfordern / erwarten:

- Auskunft in Form einer Kopie der personenbezogenen Daten und der dazugehörigen Informationen;
- Bereitstellung in einem strukturierten und maschinenlesbaren Format;
- Im Falle der Unrichtigkeit der personenbezogenen Daten deren Berichtigung;
- Im Falle des Widerrufs Ihrer Einwilligung zur Verarbeitung oder der Erledigung ihres Zwecks, die Löschung der personenbezogenen Daten;
- In bestimmten Fällen die Einschränkung der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten.

Diese Einwilligungserklärung zur Verarbeitung, Speicherung und Verwendung Ihrer Daten im Rahmen vorgenannter Zwecke können Sie jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen, sodass Glotz Ihre personenbezogenen Daten nicht mehr zu vorgenannten Zwecken verarbeitet. Die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung wird dadurch nicht berührt. Sollten Sie der Auffassung sein, die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch Glotz entspreche nicht den gesetzlichen Anforderungen, können Sie Beschwerde bei der zuständigen Datenschutz- Aufsichtsbehörde einlegen.

Die für uns zuständige Aufsichtsbehörde ist:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit Baden-Württemberg
Königstraße 10a
70173 Stuttgart
Telefon: 0711/61554-0
E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de

Bei der Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten findet keine automatisierte Entscheidungsfindung statt, insbesondere kein Profiling. Bei Fragen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten, insbesondere zu Ihren gesetzlichen Rechten, können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten wenden: Herrn Dr. Felix Wannenwetsch, c/o ADJUVARIS GmbH & Co.KG, Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Meitnerstraße 6, 70563 Stuttgart, datenschutz@glotz.de

Mehr Möglichkeiten. Wenn Sie *mehr* brauchen.

Dieser Verordnungsleitfaden gibt Ihnen einen Einblick in unsere Leistung im Bereich Medizintechnik und Homecare.

Doch unser Anspruch geht weiter:

Wir begleiten Menschen auch in vielen anderen Hilfsmittel-Bereichen. Persönlich, kompetent und individuell.



Sanitätsfachhandel

Versorgung bei Venen-, Lymph- und Fußgesundheits.



Technische Orthopädie

Maßgeschneiderte Lösungen in den Bereichen Orthetik, Prothetik und Rehabilitationshilfen mit eigener Werkstatt.



Rehathechnik

Angepasste Hilfsmittel, barrierefreies Wohnen und kompetente Betreuung durch erfahrenes Fachpersonal.



Sie haben einen anderen Versorgungsbedarf?

Sprechen Sie uns an.

Wir beraten Sie gerne und finden gemeinsam die passende Lösung.



Persönliche Beratung.
Wir nehmen uns Zeit für Sie



Vor Ort für Sie da.
An mehreren Standorten



Mehr erfahren.
www.glotz.de



Jetzt scannen &
Leistungsspektrum
entdecken



Unsere Standorte: immer in Ihrer Nähe 7 Filialen in Stuttgart und Umgebung

Unternehmenszentrale und Sanitätshaus Vital-Zentrum Glotz

Dieselstr. 19 - 21 | 70839 Gerlingen

07156 17898-0

info@glotz.de

Hier erreichen Sie uns:



07156 / 1 78 98 -

Sanitätsfachhandel	- 220
Orthopädietechnik	- 300
Orthopädie-Schuhtechnik	- 400
Schlafapnoetherapie	- 710
Heimbeatmung	- 710
Sauerstofftherapie	- 710
Homecare	- 122
Rehatechnik	- 150

Sanitätshaus Glotz Feuerbach

Stuttgarter Str. 33 | 70469 Stuttgart

0711 2482056

hdg@glotz.de

Sanitätshaus Glotz Zuffenhausen

Ludwigsburger Str. 126 | 70435 Stuttgart

0711 41450180

zuff@glotz.de

Sanitätshaus Glotz Bad Cannstatt

König-Karl-Str. 32 | 70372 Stuttgart

0711 565498 kks@

glotz.de

Sanitätshaus Glotz Degerloch

Epplestr. 29a | 70597 Stuttgart

0711 760621

e29a@glotz.de

Sanitätshaus Glotz Böblingen

Poststraße 18a | 71032 Böblingen

07031 223288 bb@

glotz.de

Sanitätshaus Glotz Holzgerlingen

Böblinger Straße 8/1 | 71088 Holzgerlingen

07031 7631523 hgl@

glotz.de



info@glotz.de
www.glotz.de