



Westfalen
medical

Fax: 0251 695730324

Krankenkasse	Versicherten-Nr.
Name, Adresse des Versicherten	
Geb.-Datum	
Betriebsstätten-Nr.	

Arzt	
Entlassung am	
Ansprechpartner Lieferort	Telefon

Alternative Lieferung <input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	Adresse
---	---------

Ärztliche Verordnung. Heimbeatmung invasiv

Der o.g. Patient befand sich in unserer stationären Behandlung. Der Zustand des Patienten hat sich soweit stabilisiert, dass eine Entlassung nach Hause erfolgen kann. Zur Entlassung verordnen wir auf Grund der nachfolgend aufgeführten Diagnosen die genannten Hilfsmittel für die häusliche Versorgung.

Diagnosen: _____

Notwendige Hilfsmittel und erforderliches Zubehör

Anzahl	Beatmungsgerät	Typ	Anzahl	Bezeichnung	Typ
	Beatmungsgerät			Externer Zusatz-Akku	
	Wärmeluftbefeuchter und Zubehör			Gerätetisch / Haltearm	
	Schlauchsystem			Infusionsständer	
	HME-Filter			Flaschenhalter	
	Tubusverlängerung			Sterilwasser	
	Grob-Luftfilter			Testlunge	
	Fein-Luftfilter			Handbeatmungsbeutel für Notfallbeatmung	
	Bakterien- / Virenfilter			Sonstiges	
	Sauerstoffadapter				

Einstellwerte

Modus	AF	Trigger insp. / exp.
Therapiedruck	T insp. / I:E	Tidalvolumen
PEEP / EPAP	Druckanstiegskurve	Sonstiges

Monitorüberwachung Sauerstofftherapie / siehe Anlage Zubehör

Dauer der täglichen Beatmung: _____ Stunden.

Da eine Spontanatmung von 16 - 18 Stunden täglich nicht gesichert ist, ist ein Zweitgerät gleichen Modells als Notfallgerät unerlässlich gemäß S2 Richtlinie.

Wir bitten baldmöglichst um Kostenübernahme für die verordneten Hilfsmittel, damit eine planmäßige Klinikentlassung erfolgen kann. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte direkt an die Klinik:

Versorger

Westfalen Medical GmbH Industriestraße 26 57555 Brachbach Tel. 0800 3335040 E-Mail: medinfo@westfalenmedical.de

Klinik / Arzt

Stempel / Unterschrift
