



**Westfalen**  
medical

**Fax: 02745 93159299**

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

Arzt	
Entlassung am	
Ansprechpartner Lieferort	Telefon

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

## Ärztliche Verordnung.

### Heimbeatmung non-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	Bezeichnung	Typ	Anzahl	Bezeichnung	Typ
_____	Heimbeatmungsgerät	_____	_____	Sauerstoff-Adapter	_____
_____	Warmluftbefeuchter	_____	_____	Sauerstoff-Sicherheitsventil	_____
_____	Beatmungsschlauch	_____	_____	Sonstiges	_____
_____	Maske	_____			

Einstellwerte	Blutgasanalysen	vor Beatmung	unter Beatmung	mit O <sub>2</sub> -Zufuhr
Modus	Druckanstiegskurve	pO <sub>2</sub> in mmHg	_____	_____
Therapiedruck	Trigger insp.	pCO <sub>2</sub> in mmHg	_____	_____
PEEP / EPAP	Trigger exp.	pH	_____	_____
AF	Tidalvolumen	O <sub>2</sub> Sättigung	_____	_____
T insp. / I:E	Sonstiges			

**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
------------------------