



Krankenkasse _____ Versicherten-Nr. _____

Name, Adresse des Versicherten _____

Ärztliche Verordnung Heimbeatmung nicht-invasiv

Fax +49 251 695730324

Arzt _____

Entlassung am _____

Geb.-Datum _____

Betriebsstätten-Nr. _____

Ansprechpartner Lieferort _____ Telefon _____

Alternative Lieferung _____ Adresse _____
 Reha Kurzzeitpflege

Zahlungsbefreiung? Ja Nein

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 ₂ -Zufuhr
Modus	Druckanstiegskurve	pO ₂ in mmHg	_____	_____
Therapiedruck	Trigge ^r insp.	pCO ₂ in mmHg	_____	_____
PEEP / EPAP	Trigge ^r exp.	pH	_____	_____
AF	Tidalvolumen	O ₂ Sättigung	_____	_____
T insp. / I:E	Sonstiges			

Dauer der täglichen Beatmung: _____ Stunden.

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

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 _____

Klinik / Arzt _____

Westfalen Medical GmbH
Einheitsstraße 3
57076 Siegen
Tel. 0800 3335040
E-Mail: info@westfalenmedical.de

Ort / Datum _____ Stempel / Unterschrift _____