



Krankenkasse \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Name, Adresse des Versicherten \_\_\_\_\_

## Ärztliche Verordnung High Flow Therapie (HFT)

Fax +49 251 695730324

Arzt \_\_\_\_\_

Entlassung am \_\_\_\_\_

Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Betriebsstätten-Nr. \_\_\_\_\_

Ansprechpartner Lieferort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

**Alternative Lieferung** \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_  
 Reha  Kurzzeitpflege

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:** \_\_\_\_\_

Probleme mit dem **Sekretmanagement**

Es zeigten sich deutliche Probleme beim Sekrettransport. Gehäufte Sekretretentionen führten zu rezidivierenden Pneumonien. Der Einsatz einer High Flow Therapie dient der Mobilisation und Erleichterung der Sekretelimination mit dem Ziel der Vermeidung pulmonaler Infekte. Die Sekretretention konnte erfolgreich mit HFT behandelt werden. MyAivro2 wurde erfolgreich zur Sekretmobilisation und Sekretelimination eingesetzt. Es ist davon auszugehen, dass so kurz- und längerfristige Krankenhausaufenthalte verhindert werden.

Probleme mit  **erhöhter Atemarbeit**  **Atemnot**  **sich langsam verschlechternder Kurzatmigkeit**

Es zeigten sich eine deutlich erhöhte Atemfrequenz in Verbindung mit Minderoxygenierung. Es drohte eine respiratorische Erschöpfung, die zur Beatmungspflicht führen kann. Es wurden deutliche Probleme mit dem körpereigenen Energiehaushalt festgestellt. Die High Flow Therapie unterstützte den Energiehaushalt des Patienten durch externe Anfeuchtung und Wärmezufuhr. Durch Spüleffekte (wash-out von CO<sub>2</sub>) wurde dem Patienten mehr Sauerstoff zur Verfügung gestellt. Ein leichter PEEP unterstützte zudem die patienteneigene Atemarbeit.

ohne HFT	mit HFT
Atemfrequenz _____	Atemfrequenz _____
SpO <sub>2</sub> _____	SpO <sub>2</sub> _____
PaCO <sub>2</sub> _____	PaCO <sub>2</sub> _____

Folgende Therapien wurden zuvor angewendet und waren nicht erfolgreich oder wurden nicht toleriert:  **gesondertes Beiblatt zur Verordnung ist beigefügt**

- Vibrations PEP Therapie (Flutter, Acapella)  PEP Therapie (PEP Maske)  Inhalation  
 Hustenassistent ist kontraindiziert/ wurde nicht toleriert.

**Therapiewerte**

Flow in l/min \_\_\_\_\_ O<sub>2</sub>-Beigabe in l/min \_\_\_\_\_ Nutzung pro Tag \_\_\_\_\_

Die Entscheidung für das hier gewählte System erfolgte aus medizinischen Gründen. Jede Veränderung von Gerät und System ist daher nur nach Absprache mit dem medizinischen Zentrum sinnvoll, da sie therapiegefährdend sein kann. Wir verordnen das o.g. Gerät und bitten höflichst um Kostenübernahme für das Hilfsmittel.

**Versorger** \_\_\_\_\_

**Klinik / Arzt** \_\_\_\_\_

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

Datum/Ort \_\_\_\_\_ Stempel / Unterschrift \_\_\_\_\_