



**Bitte füllen Sie die Verordnung vollständig aus  
und faxen Sie diese zur Bearbeitung an:**

**Air Products Medical GmbH**

Rensingstraße 15  
44807 Bochum

Service-Fax: 0 18 02 / 27 46 33 (6 ct. pro Fax)

Service-Tel.: 0 800 / 5 25 02 74 (kostenfrei)

Wir benötigen:

**Ärztliche Verordnung für  
Patienten-Monitoring**

Absender/Stempel

Anzahl:

[kontakt@airproductsmedical.de](mailto:kontakt@airproductsmedical.de)

**tell me more**

[www.airproducts.de/homecare](http://www.airproducts.de/homecare)

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

<b>geplantes Entlassungsdatum</b>									
<b>Lieferanschrift</b>									
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort									
Kontaktperson									
Tel.-Nr.					Mobil Nr.				

# ÄRZTLICHE VERORDNUNG

## PATIENTEN-MONITORING



Der o.g. Patient ist seit dem \_\_\_\_\_ in unserer stationären Behandlung. Der Zustand des Patienten hat sich soweit stabilisiert, so dass eine Entlassung nach Hause erfolgen kann. Zur Entlassung verordnen wir aufgrund der nachfolgend aufgeführten Diagnosen die genannten Hilfsmittel für die häusliche Versorgung.

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Notwendige Hilfsmittel:**

- Pulsoximeter** (Masimo Set) ohne Atmungsüberwachung [z. B. **VG 310**]
- Herz-Atem-Monitor** [z. B. **VG 2100**]
- Herz-Atem-Monitor** mit Pulsoximetrie (Masimo Set) [z. B. **VG 3100**]
- Beatmungsbeutel für Säuglinge/Kinder**
- Sonstiges** \_\_\_\_\_

**Erforderliches Zubehör:**

- Alkoholpads** (100 Stück)
- Klettbänder** (2 Stück)
- Elektroden** (120 Stück, 40 x 3er-Satz rot, gelb, schwarz)
- Sensoren** (10 Stück)
- Dauersensor**

**Anlage Sauerstoff-Verordnung**

Einstellwerte für Alarmer				
Atmungspause	Minimale Herzfrequenz	Maximale Herzfrequenz	Untergrenze SpO <sub>2</sub>	Obergrenze SpO <sub>2</sub>
Vorgabe _____ sek	Vorgabe _____ bpm	Vorgabe _____ bpm	Vorgabe _____ %	Vorgabe _____ %

Nach Lieferung dieser Hilfsmittel kann die Entlassung erfolgen. Eine Einweisung der Eltern in die Handhabung der Geräte erfolgt hier in der Klinik.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes

Wir empfehlen die Hilfsmittelversorgung durch ein auf das Patienten-Monitoring spezialisiertes Unternehmen, z.B. Air Products Medical GmbH, durchführen zu lassen.