



**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 eine Heimbeatmung invasiv/  
Tracheostoma-Versorgung**

Absender/Stempel

Anzahl:

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

**tell me more**

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



**ANLAGE ZUR ÄRZTLICHEN VERORDNUNG  
FÜR EINE  
HEIMBEATMUNG INVASIV**

---

**TRACHEOSTOMA-VERSORGUNG**

# ANLAGE ZUR ÄRZTLICHEN VERORDNUNG FÜR EINE HEIMBEATMUNG INVASIV / TRACHEOSTOMA-VERSORGUNG

Patient	geb. am
---------	---------

## Notwendige Hilfsmittel und erforderliches Zubehör:

Anzahl	Beatmungsgerät	Typ
	Beatmungsgerät	
	Grob-Luftfilter / Fein-Luftfilter Bakterien/Virenfilter-Barrierbac	
	Sauerstoff-Adapter	
	Sauerstoff-Zuführung	
	Externer Akku für Beatmungsgerät (Notfallversorgung bzw. Mobilität)	
	Haltearm und Befestigungselemente	
	Gerätetisch für Beatmungstechnik	

Anzahl	Befeuchtung <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> passiv
	Warmluftbefeuchter Typ:
	Temperaturmess-Sonde
	Schlauchheizadapter
	selbstbefüllende Befeuchterkammer
	Sterilwasser
	HME-Filterkombination
	Infusionsständer
	Flaschenhalter
	Infusionsbesteck/Überleitsystem

Anzahl	Schlauchsystem
	Einschlauchsystem, beheizt
	Einschlauchsystem, unbeheizt
	Doppelschlauchsystem, beheizt
	Doppelschlauchsystem, unbeheizt
	Adapter für PEEP-Ventil, Einweg
	PEEP-Ventil, Einweg
	Tubusverlängerung, Einweg

Anzahl	Weiteres Zubehör
	Testlunge 1,0 l
	Beatmungsbeutel inkl. O <sub>2</sub> -Reservoir

Anzahl	Sonstiges

## Für die Tracheostoma-Grundversorgung sind folgende Hilfsmittel notwendig:

Anzahl	Absaugung
	Absauggerät <input type="checkbox"/> netzbetrieben <input type="checkbox"/> akkubetrieben
	Absauggerät mit erhöhter Saugleistung <input type="checkbox"/> netzbetrieben <input type="checkbox"/> akkubetrieben (notwendig bei problematischer Sekretbildung)

	Typ	Größe
<input type="checkbox"/>	Absaugkatheter	
<input type="checkbox"/>	Absaugkatheter	

	Typ	Größe
<input type="checkbox"/>	Zubehör herstellerabhängig (z.B. Filter)	
<input type="checkbox"/>	geschl. Absaugsystem	

Anzahl	Tracheostoma (nähere Bezeichnung)	Typ	Größe
	Trachealkanüle		
	Tracheal-Spreizer		
	Trachealkanülen-Halteband		
	Cuffdruck-Prüfer		
	Künstliche Nasen <input type="checkbox"/> mit O <sub>2</sub> -Anschluß		

Anzahl	Tracheostoma (nähere Bezeichnung)	Typ	Größe
	Entblockungsspritzen für (Luer-Ansatz 10 ml)		
	Sprechventil		
	Filter für Sprechventil		
	Notfallkanülen		

Anzahl	Kompressen	Typ

Anzahl	Inhalation	Typ
	<input type="checkbox"/> Ultraschallvernebler <input type="checkbox"/> Medikamenteninhalation <input type="checkbox"/> Dauerverneblung	

Anzahl	Sonstiges

Ort, Datum	Stempel und Unterschrift des Arztes
------------	-------------------------------------

Wir empfehlen die Hilfsmittelversorgung durch ein auf die invasive Heimbeatmung und Tracheostoma-Versorgung spezialisiertes Unternehmen, z.B. Air Products Medical GmbH, durchführen zu lassen.