



**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
Heimbeatmung non-invasiv**

Absender/Stempel

Anzahl:

kontakt@airproductsmedical.de

tell me more

www.airproducts.de/homecare

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

geplantes Entlassungsdatum									
Lieferanschrift									
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort									
Kontaktperson									
Tel.-Nr.					Mobil Nr.				

Wird nach Hause entlassen Sonstiges: _____

Kontaktperson: _____ Telefon: _____

ÄRZTLICHE VERORDNUNG FÜR EINE HEIMBEATMUNG NON-INVASIV

Barcode-Aufkleber

Der o.g. Patient ist seit dem _____ bei uns in stationärer Behandlung. Der Zustand des Patienten hat sich soweit stabilisiert, so dass eine Entlassung in die häusliche Umgebung/Pflegeeinrichtung erfolgen kann. Zur Entlassung verordnen wir aufgrund der nachfolgend aufgeführten Diagnosen die genannten Hilfsmittel für die häusliche Versorgung/Versorgung in der Pflegeeinrichtung.

Diagnosen: _____

Blutgasanalysen	vor Beatmung	unter Beatmung	mit O2-Zufuhr	Einstellwerte	
Datum	_____	_____	_____	Modus: _____	PEEP: _____
pO2 in mmHg	_____	_____	_____	T insp.: _____	Druckanstiegskurve: _____
pH	_____	_____	_____	Therapiedruck PInsp: _____	Frequenz: _____
pCO2 in mmHg	_____	_____	_____	I:E: _____	Trigger: _____

Wir verordnen folgende Hilfsmittel: 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.

Notwendige Hilfsmittel und erforderliches Zubehör:

Anzahl	Beatmungsgerät	Typ	Anzahl	Beatmungsgerät	Typ
	Heimbeatmungsgerät			Bakterien/Virefilter-Barrierbac	
	Warmluftbefeuchter			Sauerstoff-Adapter	
	Grob-Luftfilter			Sauerstoff-Zuführung	
	Fein-Luftfilter				

Anzahl	Maske	Typ	Größe	Anzahl	Maske	Typ	Größe
	Nasal-Maske				Fullface-Maske		

Anzahl	Schlauchsystem	Anzahl	Schlauchsystem
	Beatmungsschlauch ohne Druckmess-Schlauch		Tubusverlängerung mit geradem Konnektor
	Beatmungsschlauch mit Druckmess-Schlauch		Tubusverlängerung mit Winkel-Konnektor
	Beatmungsschlauchsystem mit gesteuertem Ausatemventil, Einweg		Ausatemventil Typ: _____

Anzahl	Sonstiges	Anzahl	Sonstiges

Anlagen: Sauerstoff-Versorgung lt. Verordnung „Sauerstofflangzeittherapie“ Monitor-Überwachung lt. Verordnung „Patienten-Monitoring“

Damit eine planmäßige Klinikentlassung erfolgen kann, bitten wir baldmöglichst um eine Kostenübernahme für die verordneten Hilfsmittel. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte direkt an die Klinik:

Klinik / Station / Ansprechpartner: _____ Telefon: _____

Ort, Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arztes _____

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