

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Vorraussichtlicher Entlassungstermin

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Mitversicherter / Kind geb. am

Straße, Hausnummer

Versicherten-Nr.

PLZ, Wohnort

# ÄRZTLICHE VERORDNUNG

## ZUR VORLAGE BEI DER KRANKENKASSE

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

**Diagnose:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Herz-Atem-Monitor** [z. B. **VG 2100**]
- Herz-Atem-Monitor** mit Pulsoximetrie (Masimo Set) [z. B. **VG 3100**]
- Pulsoximeter** (Masimo Set) ohne Atmungsüberwachung [z. B. **VG 310**]
- Sauerstoff-Konzentrator**  
Flow in l / min:
- Sauerstoff-Gerät**, tragbar mit Reserve-Flasche 2 l x 200 bar Inhalt  
Flow in l / min:
- Flüssig-Sauerstoff-System** stationäre und mobile Einheit  
Flow in l / min:
- Beatmungsbeutel für Säuglinge/Kinder**
- Sonstiges** \_\_\_\_\_

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

Nach Lieferung dieser Hilfsmittel kann die Entlassung erfolgen.  
Eine Einweisung der Eltern in die Handhabung der Geräte erfolgt hier in der Klinik.  
Wir empfehlen die Hilfsmittelversorgung durch ein spezialisiertes HomeCare Unternehmen,  
z. B. AIR PRODUCTS MEDICAL GmbH vornehmen zu lassen.

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

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