

Verordnung für Beatmungspatienten

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Kostenträger

Anschrift Klinik/Arzt
Arzt-Nr.: _____
Betriebsstätten-Nr.: _____

Patientendaten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	Versichertennummer
Angehörige/Pflegeeinrichtung	Telefon

Straße	PLZ Ort
Telefon	
Abweichende Lieferanschrift	

Diagnosen

Beatmung: invasiv nicht invasiv

<input type="radio"/> Astral 100/150
<input type="radio"/> Trilogy 100/200
<input type="radio"/> Vivo 50/60
<input type="radio"/> PB 560 <input type="radio"/> single branch <input type="radio"/> double branch
<input type="radio"/> Cough Assist E70
<input type="radio"/> myAIRVO highflow

<input type="radio"/> Stellar 100/150
<input type="radio"/> BiPAP A30/A40
<input type="radio"/> Vivo 40
<input type="radio"/> PB 520

Zubehör, Verbrauchsmaterial

<input type="radio"/> Aktive Befeuchtung
<input type="radio"/> O ₂ -Messzelle
<input type="radio"/> CO ₂ -Messung
<input type="radio"/> Beatmungsschlauch/einfach
<input type="radio"/> Beatmungsschlauch/doppelt
<input type="radio"/> Leckageadapter/O ₂ -Adapter
<input type="radio"/> Tubusverlängerung
<input type="radio"/> Testlunge
<input type="radio"/> Beatmungsbeutel

<input type="radio"/> Maske Full Face
<input type="radio"/> Maske Nasal
Größe:
Maskentyp:
<input type="radio"/> Bakterienfilter
<input type="radio"/> HME-Filter
<input type="radio"/> O ₂ -Trichteranschluss
<input type="radio"/> O ₂ -Sicherheitsschlauch
<input type="radio"/> O ₂ -Einleitung universal

Therapiewerte für den Patienten

Beatmungsform	<input type="radio"/> PSV	<input type="radio"/> PCV	<input type="radio"/> VCV
IPAP/Pin	I Trigger	Insp. Zeit	AMV/Vt
EPAP	E Trigger	Exp. Zeit	FiO ₂
Frequenz	I/E Verh.	Backupfreq.	PEEP/CPAP
Beatmungsart			
<input type="radio"/> abhängige Beatmung <input type="radio"/> unabhängige Beatmung			
Beatmungstherapie über mind. Std./Tag erforderlich			

Geplanter Entlassungstermin:

_____ !

Blutgasanalyse	mmHg ohne Beatmung	mmHg mit Beatmung	mmHg mit Beatmung+O ₂	Normwerte
Datum				
pO ₂				65–95 mmHg
pCO ₂				35–45 mmHg
pH				7,35–7,45

Datum	Stempel/Unterschrift Arzt
Name in Blockbuchstaben: _____	

Bitte vor dem Faxversand hier abtrennen!



- Flüssigsauerstoff
- Sauerstoff
- Beatmung

- Tracheostomie
- Monitoring
- Inhalation

Diese Verordnung bitte vorab per Fax an
(0 51 27) 40 93 89 9

Postanschrift
LUCHS Medizin GmbH & Co. KG
Siemensstraße 5, 31177 Harsum