

Verordnung Monitoring

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Kostenträger

Anschrift Klinik/ Arzt

Patientendaten

Name, Vorname

Strasse PLZ Ort

Geburtsdatum Versichertennummer

Telefon

Angehörige/ Pflegeeinrichtung Telefon

Abweichende Lieferanschrift

Diagnosen

Alarmgrenzen	SPO ₂	Herzfrequenz	Atmung	Bemerkungen
Obergrenze				
Untergrenze				
Apnoe- Dauer				
SatSeconds				

Geplanter Entlassungstermin:

_____!

Gerätetypen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pulsoxymeter Langzeit | <input type="checkbox"/> Herz- Atem- Monitor |
| <input type="checkbox"/> Pulsoxymeter mit SatSeconds | <input type="checkbox"/> Herz- Atem- SPO ₂ Monitor |
| <input type="checkbox"/> Pulsoxymeter Spotmessung | <input type="checkbox"/> |

Datum Stempel/ Unterschrift Arzt

Name in Blockbuchstaben: _____

Bitte vor dem Faxversand hier abtrennen!

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