

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Station/Abteilung	
Telefon der Station	
Entlassungstermin	
Telefon Patient	

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Bei o.g. Patient/in wurde die folgende Diagnose festgestellt, und aus unserer Sicht besteht eine Indikation zur Durchführung der nachfolgend genannten und markierten Therapie/n.

Diagnose:

.....

Aufgrund der o.g. Diagnose/n verordnen wir folgende Therapie/n

- Sauerstoff-Langzeittherapie** Therapiedauer: Std./Tag Fluss lpm davon mobil Std./Tag
- Körperüberwachung** Herz Atmung SpO2 mit Event-Datenspeicher

Einstellung der Alarmgrenzen	SpO2: OG _____ UG _____
	Herzrate: OG _____ UG _____
	Apnoedauer: _____ sec

- Heimbeatmung** invasiv nicht-invasiv

Der/Die Patient/in ist auf die Therapiedurchführung angewiesen, um Folgeerkrankungen und weitere Klinikaufenthalte vermeiden zu können bzw. ihre Dauer zu reduzieren. Die Therapie ist für eine Verbesserung der Lebensqualität und Überlebensdauer des/der Patienten/Patientin notwendig.

Zur Durchführung der o.g. Therapie/n verordnen wir folgende/s Hilfsmittel

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoff | <input type="checkbox"/> Feindosierung Pädiatrie | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> O2-Konzentrator | <input type="checkbox"/> Feindosierung Pädiatrie | <input type="checkbox"/> Everflo <input type="checkbox"/> Kröber 4.0 |
| <input type="checkbox"/> Mobiler O2-Druckminderer (O2-Flasche) | <input type="checkbox"/> Feindosierung (0,1-2 ltr.) | |
| <input type="checkbox"/> Herz-, Atem und SpO2-Monitor (inkl. Zubehör) | <input type="checkbox"/> VitaGuard VG 3100 | |
| <input type="checkbox"/> Herz-, Atemmonitor (inkl. Zubehör) | <input type="checkbox"/> VitaGuard VG 2100 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Pulsoximeter (inkl. Zubehör) | <input type="checkbox"/> Masimo Rad 8 | <input type="checkbox"/> VitaGuard VG 310 |
| <input type="checkbox"/> Absauggerät mit/ohne Akku | <input type="checkbox"/> Clario Home Care | <input type="checkbox"/> VacuAide |
| <input type="checkbox"/> Inhalationsgerät | <input type="checkbox"/> PariBoy | <input type="checkbox"/> Ultraschallvernebler |
| <input type="checkbox"/> Atemluftbefeuchter mit Durchflussgenerator | <input type="checkbox"/> Airvo 2 | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Heimbeatmungsgerät | <input type="checkbox"/> invasiv | <input type="checkbox"/> non-invasiv |
| <input type="checkbox"/> | | |

Wir bitten Sie um Kostenübernahme für das verordnete Hilfsmittel. Als Leistungserbringer empfehlen wir u.a. die Firma **Attendorn Medizintechnik Ludwig-Erhard-Str. 8, 34131 Kassel Tel. 0561-9204014-0 und Fax 0561-9204014-29**

<p>1. Verordnender Arzt/Ärztin</p> <p>Datum _____</p> <p>Name _____</p> <p>Unterschrift _____</p>	<p>2. Stempel der Einrichtung</p>
---	-----------------------------------