

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 des Patienten	

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Bei o.g. Patient/in wurde/n die folgende/n Diagnose/n 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

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Sauerstoff-Langzeittherapie</i> | Therapiedauer: Std./Tag | Fluss lpm | davon mobil Std./Tag |
| <input type="checkbox"/> <i>Körperüberwachung</i> | <input type="checkbox"/> Herz (bzw. Puls) | <input type="checkbox"/> Atmung | <input type="checkbox"/> SpO2 |
| <input type="checkbox"/> <i>Absaugtherapie</i> | <input type="checkbox"/> oral | <input type="checkbox"/> nasal | <input type="checkbox"/> tracheal |
| <input type="checkbox"/> <i>Inhalationstherapie</i> | <input type="checkbox"/> Kompressor- | <input type="checkbox"/> Membran- | <input type="checkbox"/> Ultraschall-Vernebler |
| <input type="checkbox"/> <i>Ernährungstherapie</i> | <input type="checkbox"/> Spritzenpumpe | <input type="checkbox"/> Ernährungspumpe | |
| <input type="checkbox"/> <i>Beatmungstherapie</i> | <input type="checkbox"/> nasal | <input type="checkbox"/> tracheal | <input type="checkbox"/> High-Flow Applikation |
| <input type="checkbox"/> folgende Therapie | | | |

Der/Die Patient/in ist auf die Therapiedurchführung angewiesen, um Folgeerkrankungen zu vermeiden oder einzuschränken, und um weitere Klinikaufenthalte vermeiden zu können bzw. ihre Dauer zu verkürzen. Eine konsequente Therapiedurchführung/Überwachung kann zur Verbesserung der Lebensqualität und der Überlebensdauer des/der Patienten/Patientin beitragen.

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

- | | |
|--|--|
| ▶ <i>Flüssig-Sauerstoffsystem (Stand- und Tragebehälter)</i> | <input type="checkbox"/> LOX-System |
| ▶ <i>Sauerstoff-Konzentrator für die stationäre Sauerstoff-Versorgung</i> | <input type="checkbox"/> EverFlo <input type="checkbox"/> |
| ▶ <i>Sauerstoffflasche bzw. Konzentrator für die mobile Versorgung</i> | <input type="checkbox"/> GOX-System <input type="checkbox"/> |
| ▶ <i>Herz-, Atem und SpO2-Monitor</i> | <input type="checkbox"/> VitaGuard VG 2100 <input type="checkbox"/> VitaGuard VG 3100 <input type="checkbox"/> |
| ▶ <i>Pulsoximeter mit/ohne Event-Datenspeicher...</i> | <input type="checkbox"/> VitaGuard VG 310 <input type="checkbox"/> RAD-8 <input type="checkbox"/> |
| ▶ <i>Absauggerät mit/ohne Akku</i> | <input type="checkbox"/> Clario Akku Pumpe <input type="checkbox"/> Clario Netz <input type="checkbox"/> |
| ▶ <i>Inhalationsgerät Druck, Membran, Ultraschall .</i> | <input type="checkbox"/> Pari Boy (Junior S) <input type="checkbox"/> InnoSpire Go <input type="checkbox"/> |
| ▶ <i>Ernährungspumpe zuzüglich Zubehör</i> | <input type="checkbox"/> Applix Smart <input type="checkbox"/> Infinity <input type="checkbox"/> |
| ▶ <i>Heimbeatmungsgerät</i> | <input type="checkbox"/> Stellar 100 <input type="checkbox"/> BiPAP A30 <input type="checkbox"/> Trilogy 100 <input type="checkbox"/> |
| ▶ <i>Folgende/s Hilfsmittel</i> | |

Alle o.g. Hilfsmittel haben eine Positionsnummer im GKV-Hilfsmittelverzeichnis!

Wir bitten um die Kostenübernahme für das/die verordnete/n Hilfsmittel, damit die Therapie/n bzw. Überwachung zum frühestmöglichen Zeitpunkt in häuslicher Umgebung vom Patient/in weitergeführt werden kann bzw. weitergeführt werden können.

Vielen Dank für die Bearbeitung!

1. Verordnender Arzt/Ärztin

Datum _____

Name _____

Unterschrift _____

2. Stempel der Einrichtung