

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name und Vorname der/des Versicherten / Anschrift | **Geboren am**

Kostenträger-IK | **Versicherten-Nr.** | **Status**

Arzt / Klinik (Stempel)

Voraussichtlicher Entlassungstermin | **Telefon Nr. des Patienten / der Patientin**

Art der Entlassung

Entlassung in die Häuslichkeit

Entlassung in eine Pflegeeinrichtung

Name der Pflegeeinrichtung:

Oben genannter Patient/ oben genannte Patientin ist seit dem ____ ____ ____ in unserer stationären Behandlung. Der Patient / Die Patientin ist mittlerweile gut an das Gerät adaptiert und der Zustand des Patienten / der Patientin hat sich soweit stabilisiert, sodass eine Entlassung nach Hause erfolgen kann. Zur Entlassung verordnen wir aufgrund der nachfolgend aufgeführten Diagnosen die gewählten Hilfsmittel für die weitere häusliche Versorgung.

Beschreibung der Diagnose

Folgendes Gerät (inkl. Zubehör) wird verordnet

SpO2 und Herz-Atem-Monitor mit Speicherfunktion und möglicher Graph. Auswertung z.B. VitaGuard 3100 + 1VE Sensoren LNCS Neo (20 Stk.), 1VE EKG Elektroden (120 Stk.), 1 Sensormanschette



Pulsoxymeter, z.B. SAT805 oder SAT801(+) + 1VE Sensoren LNCS Neo (20 Stk.), 1 Sensormanschette



EKG Monitor mit Speicherfunktion, z.B. VitaGuard 2100 + 1VE EKG Elektroden (120 Stk.)



Beatmungsbeutel für Säuglinge/Kinder. Gewicht des Kindes: Kg



Sonstiges:

Alarmgrenzen

Minimale Herzfrequenzvorgabe:
.....

Maximale Herzfrequenzvorgabe:
.....

Untergrenze SpO2 in %
.....

Obergrenze SpO2 in %
.....

Atmungsvorgabe in Sekunden
.....

Wir bitten Sie um rasche Kostenübernahme für das (die) verordnete(n) Hilfsmittel, damit der Patient / die Patientin schnellstmöglich entlassen werden kann. Es wird die folgende Firma beauftragt:

easy.breath Homecare GmbH • 28307 Bremen • Tel: 0421 / 699 031 0 • Fax: 0421 / 699 031 299 • www.easybreath-homecare.de

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen,

Ort Datum Unterschrift / Stempel