

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name und Vorname der/des Versicherten / Anschrift

Geboren am

Kostenträger-IK

Versicherten-Nr.

Status

Voraussichtlicher Entlassungstermin

Telefon Nr. des Patienten / der Patientin

Arzt / Klinik (Stempel)

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

Hilfsmittel oder Zubehör

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