

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

Verordnung Gerätetyp

	☐ A40 PRO EFL 	☐ Trilogy 	
	☐ Astral 100 	☐ Astral 150 	☐ Stellar 130  ☐ Stellar 150 
	☐ Prisma Vent 30 	☐ Prisma Vent 40 	☐ Prisma Vent 50  ☐ Luisa 
	☐ VIVO 2 	☐ VIVO 3 	☐ VIVO 45  ☐ VIVO 45LS  ☐ VIVO 55  ☐ VIVO 65 

Sonstiges Beatmungsgerät:

Zubehör & Einstellungen

☐ Externer Akku ☐ Transportkoffer ☐ Tragetasche ☐ Zweitgerät / Therapie mehr als 16 Stunden am Tag

Befeuchtung:

Schlauchsystem:

Trachealkanüle:

Beatmungsmaske:

Sauerstoffbedarf:

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 • 28832 Achim • Tel: 04202 96530-10 • Fax: 04202 96530-11 • www.easy-breath.de

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen,

Ort

Datum

Unterschrift / Stempel

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:

Anlage 1 zur Verordnung vom _____

Beatmungsmodus

Beatmungsparameter

Alarme

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 • 28832 Achim • Tel: 04202 96530-10 • Fax: 04202 96530-11 • www.easy-breath.de

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen,

Ort

Datum

Unterschrift / Stempel