

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name und Vorname der/des Versicherten / Anschrift

Geboren am

Kostenträger-IK

Versicherten-Nr.

Status

Arzt / Klinik (Stempel)

Der/Die oben genannte Patient/Patientin ist zur Zeit mit einem medizinischen Gerät der Firma easy.breath Homecare GmbH versorgt.



Folgende Änderungen an den Monitor-Alarmgrenzen dürfen durchgeführt werden:

- ☐ Minimale Herzfrequenz
Vorgabe _____
- ☐ Maximale Herzfrequenz
Vorgabe _____
- ☐ Untergrenze SpO2
Vorgabe _____ %
- ☐ Obergrenze SpO2
Vorgabe _____ %
- ☐ Atmungspause
Vorgabe _____ Sek.



Folgendes Gerät wird aus medizinischer Sicht nicht mehr benötigt:

- ☐ Überwachungsmonitor
- ☐ Sauerstoffgerät
- ☐ Absauggerät
- ☐ _____

**Bitte senden Sie uns dieses Schreiben vorab per Fax an: 04202 96530-10,
oder per Mail an: homecare@easy-breath.de zu.
Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an Ihre/n zuständige/n Fachberater/in:**

Mit freundlichen Grüßen

Ort

Datum

Unterschrift / Stempel

