

Kasse		
Name / Adresse des Versicherten		
geb. am:		
Kassen	Versicherten-Nr.!!!!*	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# VERORDNUNG

medizintechnischer Hilfsmittel  
für Langzeitbeatmungspatienten

- Entlassungsrelevante Hilfsmittel -  
**zur Vorlage bei der Krankenkasse**

\* unbedingt angeben

## Diagnose

Vertragsarztstempel mit Unterschrift

Ansprechpartner Patient / Angehöriger

Telefonnummer Patient / Angehöriger

Datum

Voraussichtliches Entlassungsdatum:

Für den oben genannten Patienten ist eine weiterführende Therapie/Überwachung mit nachfolgendem Hilfsmittel(n) angezeigt. Die unten angegebenen Therapiewerte werden vom Patienten gut toleriert.

<input type="checkbox"/> <b>Beatmung</b> <input type="checkbox"/> lebenserhaltend	<input type="checkbox"/> <b>OXYvent Cube 30 ATV</b>	<input type="checkbox"/> <b>BackUp-Gerät erforderlich</b>	
<input type="checkbox"/> Nicht invasiv	<input type="checkbox"/> <b>prisma VENT .....</b>	<input type="checkbox"/> <b>Akku erforderlich</b>	
<input type="checkbox"/> Invasiv	<td>z.B. prisma VENT30/40/50</td>	z.B. prisma VENT30/40/50	<input type="checkbox"/> <b>Mit Doppelschlauchsystem</b>
<input type="checkbox"/> <b>Nasaler Highflow</b>	<input type="checkbox"/> <b>Ventilogic .....</b>	<td>(z.B. Ventilogic LS)</td>	(z.B. Ventilogic LS)
<input type="checkbox"/> prisma VENT50-C (Löwenstein) mit prisma VENTAqua	<td>z.B. VentilogicPlus/ LS</td>	z.B. VentilogicPlus/ LS	<input type="checkbox"/> <b>Atemluftbefeuchter</b>
<input type="checkbox"/> MyAirvo2 (Fisher & Paykel)	<input type="checkbox"/> <b>LUISA</b>	<input type="checkbox"/> <b>Atemluftbefeuchter extern</b>	
<input type="checkbox"/> LM Flow (Löwenstein)	<input type="checkbox"/> <b>Trilogy .....</b>	<td>(z.B. HC 550)</td>	(z.B. HC 550)
<input type="checkbox"/> <b>Hayek RTX Kürass-Beatmung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Astral 150</b>	<input type="checkbox"/> <b>Beheizbares Schlauchsystem</b>	
Nach dem Prinzip der eisernen Lunge	<input type="checkbox"/> <b>Stellar 150</b>		
<input type="checkbox"/> Kürass & Dichtung Gr. .....			

<input type="checkbox"/> <b>Tubus/ Trachealkanüle (Low-Pressure-Cuff)</b> Typ .....	Größe .....
<input type="checkbox"/> <b>Maskentyp:</b> .....	<b>Maskengröße:</b> .....
<input type="checkbox"/> <b>Highflow-Nasenbrille</b> Gr. .....	
<input type="checkbox"/> <b>Beatmungsbeutel mit Maske</b> Gr. .....	<input type="checkbox"/> Einwegbeatmungsbeutel <input type="checkbox"/> Wiederverwendbar/autoklavierbar

<input type="checkbox"/> <b>Sauerstoffversorgung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sauerstoffadapter</b>
<input type="checkbox"/> O2-Konzentrator ..... l/min	<input type="checkbox"/> O2-Flüssigsauerstoff ..... l/min. bzw. <b>FIO<sub>2</sub></b> ..... %
<input type="checkbox"/> <b>Absauggerät</b> <input type="checkbox"/> netzabhängig	<input type="checkbox"/> netzunabhängig ..... <b>Liter/Minute</b>
<input type="checkbox"/> 100 St. Absaugkatheter Größe: CH .....	<input type="checkbox"/> Fingertip: ..... St.
<input type="checkbox"/> <b>Zusätzliches subglottisches Absauggerät erforderlich</b> (z.B. proCuff S oder proCuff M)	

## Weitere rezeptierungspflichtige Ausstattung: (z.B. Patientenmonitoring)

<input type="checkbox"/> <b>Pulsoxymetrie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Kapnometrie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Herz-Kreislauf Monitoring</b> <input type="checkbox"/>
---	---	--

Beatmungsmodus und Therapiewerte:  PSV  PCV  VCV  APCV  S/ST BiLevel  AVAPS-AE  AirTrap Control  
 Andere.....

zweiter auswählbarer Modus erforderlich: .....  LIAM  Highflow  
 Diskonnektions- und Leckagealarm notwendig!

IPAP ..... mbar	Backup-Frequenz ..... /min	Insp. Flow ..... l/min.
PEEP/ CPAP ..... mbar	Zielvolumen.....	Druckanstieg (Rampe):
Frequenz ..... /min	Triggersperrzeit .....	Insp. Zeit ..... Rampe <sub>insp.</sub> .....
i Trigger .....	Highflow: ..... l/min Temp.: .....	Exsp. Zeit ..... Rampe <sub>exp.</sub> .....
eTrigger .....		Exp. / Widerstand .....
I / E Verh. .....		

Beatmungs-Therapie über ..... Std./Tag erforderlich!

Weitere Angaben entnehmen Sie bitte dem aktuellen Beatmungsprotokoll (Kopie beigefügt)!

Postanschrift: Holzweide 6 | 28307 Bremen  
kostenl. Fax-Nr.: 0800-699 22 730



## Sauerstofftherapie



Konzentratoren, stationär + mobil  
Füllstationen, FlüssigO<sub>2</sub>

## Beatmung



prisma VENT30/40/50-C & LUISA  
von Löwenstein Medical  
OXYvent Cube 30 ATV  
Stellar 150 / Astral 150  
von ResMed

## Sekretolyse



### VibraVest

Die hochfrequente Vibrations-Weste,  
**Comfort Cough II** Hustenassistent  
optional mit HFCWO

## Inhalation



Membran-Vernebler, Ultraschallvernebler,  
Vernebler mit Schall-Vibration insbesondere  
für Nasennebenhöhlenentzündung

## Schlaf



CPAP/autoCPAP/  
BiLevel/BiLevel ST/Cheyne Stokes

## Monitoring



Pulsoxymetrie, Kapnographie,  
SISS Babycontrol  
Blutdruckmessung

## Atemtherapiegeräte



GeloMuc / Flutter / Quake /  
Cornet / Cornet Plus / Acapella / IPPB Atemtherapie  
RespiPro / PowerBreathe medic      Alpha 300  
mit Inhalation

## Thromboseprophylaxe Apparative Kompressions- therapie IPK/AIK



SCD System, AV-Impulse, Doctus  
mit Hand- Bein- oder Fuß-  
manschette

## Chronische Wunden/ Diabetisches Fußsyndrom



Wundheilung mit Sauerstoff  
O<sub>2</sub>-TopiCare Wundsystem

## Datenschutzhinweis:

Im Rahmen Ihrer Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Firmen der OxyCare Medical Group, Hauptsitz Bremen, erheben, verarbeiten und nutzen wir, die Unternehmen der OxyCare Medical Group, die mit Ihrer Versorgung im Zusammenhang stehenden personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich, neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person, insbesondere auch um Informationen über Ihre Gesundheit, die als „personenbezogene Daten besonderer Art“ nach dem Bundesdatenschutzgesetz besonderem Schutz unterliegen. Im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung übermitteln wir Ihre Daten ggf. auch an Ihre Krankenversicherung, soweit diese die Daten für die Abrechnung mit Ihnen oder mit uns benötigt.

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen des vorstehend beschriebenen Umfangs und für die genannten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen und insbesondere mit Ausnahme Ihrer Krankenversicherung und den vorstehend genannten Unternehmen, nicht an Dritte übermitteln.

Die Unternehmen der „OxyCare Medical Group“ verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der DSGVO, des BDSG n.F. sowie weiteren maßgeblichen Rechtsvorschriften. Eine Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten findet u.a. im Zusammenhang mit der Auftrags- bzw. Vertragsbearbeitung statt. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung ist in Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO normiert. Darüber hinaus werden Ihre personenbezogenen Daten auch aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen verarbeitet (Art. 6 Abs. 1 lit c DSGVO). § 147 Abs. 1 Nr. 2-4, Abs. 3 AO normiert eine Aufbewahrungspflicht für die steuerlichen Belange. Handels- bzw. Geschäftsbriebe wie Eingangs- und Ausgangsrechnungen, Lieferscheine, Kostenvoranschläge und Verträge dürfen bereits von Gesetzes wegen innerhalb der maßgeblichen Frist (10 Jahre) nicht gelöscht werden. Bei von einem Unternehmer versandten Lieferschein endet die Aufbewahrungsfrist jedoch mit dem Versand der Rechnung, wenn die Rechnung alle Infos enthält, die ansonsten im Lieferschein enthalten sind.“