

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

Verordnung Gerätetyp

	<input type="checkbox"/> A40 PRO EFL	<input type="checkbox"/> Trilogy				
	<input type="checkbox"/> Astral 100	<input type="checkbox"/> Astral 150	<input type="checkbox"/> Stellar 130	<input type="checkbox"/> Stellar 150		
	<input type="checkbox"/> Prisma Vent 30	<input type="checkbox"/> Prisma Vent 40	<input type="checkbox"/> Prisma Vent 50	<input type="checkbox"/> Luisa		
	<input type="checkbox"/> VIVO 2	<input type="checkbox"/> VIVO 3	<input type="checkbox"/> VIVO 45	<input type="checkbox"/> VIVO 45LS	<input type="checkbox"/> VIVO 55	<input type="checkbox"/> 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 • 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 _____

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

Alarmer

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