

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Leistungserbringer:
 NRI Medizintechnik GmbH
 Eversbuschstr. 194 b
 80999 München
 Tel.: 089 - 81 888 100
 Fax: 089 - 81 221 10
 E-Mail: vo@nri-med.de
 www.nri-med.de

Tel.-Nr. Patient: _____
 Entlassdatum: _____

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse/-versicherung Verordnung Hilfsmittel Beatmung

Diagnose: _____

Therapieeinleitung: unter 16 Std./Tag über 16 Std./Tag invasiv nicht-invasiv

begründete BGA

	Datum	FiO ₂ (%)	PaO ₂	PaCO ₂	ph	SaO ₂	BE
mit Beatmung							
ohne Beatmung							

Begründung zur Beatmungsgeräteauswahl

- Mit dem gewählten Gerät gelang die Optimierung der Beatmungssituation. Um weitere Klinikaufenthalte zu reduzieren und die Überlebensdauer sowie Lebensqualität zu erhalten bzw. zu verbessern, verordnen wir die aufgelisteten Hilfsmittel.
- Durch die progrediente Erkrankung ist in der näheren Zukunft mit einer Verschlechterung des Zustandes, der in eine abhängige Beatmung mündet, zu rechnen. Aus diesem Grund verordnen wir ein höherwertiges Beatmungsgerät.

Beatmungsparameter	Progr.1	Progr.2
Modus		
IPAP		
EPAP		
P Insp.		
PS		
PEEP		
Insp. Kurve/Anstiegszeit		
Exp. Kurve/Absenkezeit		

	Progr.1	Progr.2
Trigger insp.		
Trigger exp.		
F (AZ/min)		
Ti Min (s.)		
Ti Max (s)		
Vt (ml)		

Zur Therapie werden folgende Hilfsmittel verordnet:

- Beatmungsgerät, der Titration _____
- Atemgasbefeuchter _____
- Beatmungsmaske: Modell _____

Sonstiges: (Bitte geben Sie hier abweichende Lieferadresse, Ansprechpartner bei Anlieferung sowie weitere Besonderheiten an.)



Die Patientin / der Patient wurde gem. § 33 i. V. m. § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V über sein Patientenwahlrecht informiert und beauftragt die Firma NRI Medizintechnik GmbH mit seiner Versorgung. Ein Kostenvorschlag bzw. eine Rechnung geht Ihnen vom Leistungserbringer NRI Medizintechnik GmbH zu.

 Ort, Datum / Unterschrift Arzt / Stempel