Krankenkasse	
Name Versicherte/r	Geb. am
Adresse	Abweichende Lieferanschrift
Kassen-Nr.	**!!! Versicherten-Nr. !!!**
Vertragsarzt-Nr.	Datum

VERORDNUNG

für medizintechnische Hilfsmittel
bei Atemwegserkrankungen

- Entlassungsrelevante Hilfsmittel -

zur Vorlage bei der Krankenkasse

Diagnosen	Vertragsarztstempel & **Unterschrift**	Name/Tel. Verordner/Station
		Name/Tel. Patient/Angehöriger

Beatmungstherapie ☒ **Dauerverordnung** Voraussichtl. Entlassungstermin: _____

Entlassungsrelevante Hilfsmittel (Einstellwerte siehe Rückseite)**:**

Nichtinvasiv	**Nichtinvasiv + invasiv**	**Nichtinvasiv + invasiv auch lebenserhaltend** (>16 Std / Tag)	**Biphasische Kürassbeatmung**
☐ OXYvent Cube 30 ATV	prismaVENT ☐ 30 ☐ 40 ☐ 50 ☐ 50C ☐ Stellar 150 ☐ Vivo 3	☐ LUISA ☐ Vivo 45 LS	☐ Hayek RTX Kürass & Dichtung Gr _____
☐ Backup-Gerät (baugleich) als Notfallgerät erforderlich, da die Beatmungsdauer >16 Std / Tag beträgt ☐ Verschlechterung absehbar - höherwertiges Gerät bereits jetzt sinnvoll			

Therapie-/Einstellwerte:
Anwendungsdauer _____ Std./Tag
Mobilität ☐ Nein ☐ Ja .....Std/Tag
☐ Externer Akku erforderlich

Blutgasanalyse (BGA)	**ohne O_2**				**mit ____ l/min O_2**			
	pO_2	pCO_2	pH	SaO_2	pO_2	pCO_2	pH	SaO_2
Mit Beatmung Datum:								
Ohne Beatmung Datum:								

Absaugung

Gerät Saugleistung ____ l/min ☐ netzabhängig ☐ netzunabhängig ☐ Subglott. Absaugung: proCuff ☐ S ☐ M

Zubehör	**Ausführung / Merkmale**					**Anzahl**
☐ **Absaugkatheter** (VPE 100 Stk)	☐ gerade	☐ gebogen	☐ abgerundet	CH ____	_____cm	VPE
☐ **Fingertip** (VPE 100 Stk)	Absaugunterbrechung					VPE
☐ **Sekretbehälter**	☐ Einweg	☐ Mehrweg	☐ Absaugbeutel			
Sonstiges	☐ Absaugschlauch		☐ Filter			

Weitere erforderliche Hilfsmittel:

Sauerstoffversorgung	**Monitoring**	**Weiteres**
☐ Gem. Verordnung „Langzeit-Sauerstofftherapie“	☐ Gem. Verordnung „Monitoring“	

OXYCARE MEDICAL GROUP MEMBER OF SOS OXYGÈNE

Postanschrift: Holzweide 6 I 28307 Bremen
Tel. 0421 48 99 66 I **Fax-Nr.** 0421 48 99 6-99
E-Mail: ocinf@oxycare.eu

Verordnung Beatmungstherapie & Absaugung © OxyCare GmbH Medical Group 11/2026 Rev.15, aktualisiert: AC 02.11.2026 freigegeben: VD 50/327 09.11.2026

Beatmungsmodi & Einstellwerte

Die unten aufgeführten Therapiewerte werden vom Patienten gut toleriert. Weitere Angaben entnehmen Sie bitte ggf. dem aktuellen Beatmungsprotokoll.

Parameter	Progr. 1	Progr. 2	Progr. 3	Parameter	Progr. 1	Progr. 2	Progr. 3
Modus				Vt / Zielvolumen			
IPAP / P insp				Insp. Flow			
EPAP / PEEP				Ziel-AF			
PS / P über PEEP				PS min / max			
AF / Backup-Frequenz				EPAP min / max			
I:E-Verhältnis				Triggersperrzeit			
Ti min / Ti max (s)				AirTrap Control /Seufzer			
Rampe insp.				O2-Zufuhr (l/min) / FiO2			
Rampe exsp.				Befeuchter Stufe / Temp.			
Trigger insp.				LIAM			
Trigger exsp.				Nasaler High-Flow (nur 50-C)			

Alarmgrenzen (gelten für alle Programme, sofern nicht anders angegeben) ☐ Diskonnektions- / Leckagealarm aktiv									
Druck ↑	Druck ↓	Vte min	Vte max	MV min	MV max	AF max	Leckage ↑	Apnoe (s)	SpO2 min

Erforderliches Zubehör:

Kategorie	Artikel	Ausführung	Größe	Anzahl
Interface - Nicht-Invasiv ☐ Vented ☐ Non-Vented	☐ Nasal-Maske			
	☐ FullFace-Maske			
Interface - Invasiv	☐ Tubusverlängerung	☐ gerade ☐ gewinkelt ☐ Absaug-öffnung	_____cm	
Schlauchsystem	☐ Leckage-Schlauchsystem ☐ Einschlauch-Ventilsystem ☐ Doppelschlauchsystem	Beheizbar: ☐ Ja ☐ Nein Durchmesser: ☐ 15mm ☐ 22mm		
Befeuchtung	☐ Passive Befeuchtung (HME-Filter)	☐ Erw. ☐ Kind		
	☐ Aktive Befeuchtung	Nicht invasiv: ☐ Gerätespezifisch ☐ AIRniva Invasiv: ☐ AIRCon Gen2		
	☐ Sterilwasser	☐ Flasche ☐ zum Aufhängen	1.000 ml	
Filter	☐ Gerätefilter	☐ Grobstaub ☐ Feinstaub		
	☐ Bakterien-/Virenfilter			
Beatmungsbeutel inkl. Maske	☐ Einweg ☐ Wieder-verwendbar	Maske Gr. ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		
Beatmungstisch	☐ Ja ☐ Nein	☐ Schlauchhalterung		

Weitere Hilfsmittel bzw. Zubehör & Anmerkungen

OXYCARE MEDICAL GROUP – MEMBER OF SOS OXYGÈNE

Postanschrift: Holzweide 6 I 28307 Bremen
Tel. 0421 48 99 66 I **Fax-Nr.** 0421 48 99 6-99
E-Mail: ocinf@oxycare.eu