

A) Allgemeine Angaben ▶ bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen

Name / Vorname Patient _____	Geschlecht	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Name / Vorname Mutter _____	Geburtsdatum	_____	
Name / Vorname Vater _____	Kostenübernahme	IV <input type="checkbox"/>	KK <input type="checkbox"/>
Adresse _____	Krankenkasse	_____	
PLZ / Ort _____			
Telefon / Handy _____			
E-Mail _____			

B) Diagnose

Ex-Frühgeborene

SIDS / ALTE

Nachfolgeschwister

C) Verordnung für ▶ bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen

<input type="checkbox"/> 21.01.06.00.2L Atem-, Puls- und EKG-Monitor mit Datenspeicher	Monitoreinstellungen: SpO2-Grenze tief <input type="text"/> % Pulsgrenze hoch <input type="text"/> ↑ Pulsgrenze tief <input type="text"/> ↓
<input type="checkbox"/> 21.01.05.00.2L Sauerstoffsättigungs- und Pulsmonitor mit Datenspeicher	
<input type="checkbox"/> Blutdruckmonitor	
<input type="checkbox"/> Epilepsie-Überwachungsmonitor	
Zusatzmaterial:	
<input type="checkbox"/> Beatmungsbeutel komplett mit Maske (Ambubeutel)	
<input type="checkbox"/> 14.10.11.00.2 Notfall-Sauerstoffversorgung	

D) Lieferung und Instruktion *Wichtig: Bestellung muss mindestens 24h vor Lieferung erfolgen!*

Austrittsdatum: _____

Keine Instruktion, Gerät ans Spital senden

Lieferadresse: _____

E) Verordnender Arzt / Ärztin

Datum der Verordnung _____	Stempel / Unterschrift
Verordnender Arzt / Ärztin _____	
E-Mail _____	

V02.13