



Patientendaten	Vor- und Zuname		Versicherungsnummer								
	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Strasse		Krankenkasse				Geburtsdatum (dd/mm/yy)				
	<input type="text"/>		<input type="text"/>				<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	PLZ	Ort	Entlassungsdatum				Telefonnummer des Patienten				
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				<input type="text"/>					
Lieferadresse		Telefonnummer Angehörige / Pflegeeinrichtung									
<input type="text"/>		<input type="text"/>									

Therapiegerät	Bei o.g. Patienten/In fehlt aufgrund der untenstehenden Diagnosen die Kraft, effektiv abzuhusten. Deshalb verordnen wir für die häusliche Versorgung folgendes Hilfsmittel:	
	<p>■ Cough Assist Kalos</p>	
Diagnose	<input type="text"/>	Richtwert lt. DGP S2 Leitlinie (PCF <270 l/min.)
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Geräteeinstellungen	Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen:					
	Hustenmodus	<input type="checkbox"/> P1	<input type="checkbox"/> P2	<input type="checkbox"/> P3	<input type="checkbox"/> Auto	<input type="checkbox"/> Sync
		<input type="checkbox"/> Manuell				
	Druck aus	<input type="text"/>	Pausendauer (sec.)	<input type="text"/>	Vibration	<input type="text"/>
	Druck ein	<input type="text"/>	Druckanstieg	<input type="text"/>	Frequenz (Hz)	<input type="text"/>
Dauer aus	<input type="text"/>	Zyklen	<input type="text"/>	Breite	<input type="text"/>	
Dauer ein	<input type="text"/>			IN	<input type="text"/>	
				EX	<input type="text"/>	
Free Aspire	Stufe	<input type="text"/>	Therapiedauer (min)	<input type="text"/>		
Konstanter Druck	Druck	<input type="text"/>	Therapiedauer (min)	<input type="text"/>		

Zubehör	Wir bitten für den oben genannten Patienten folgendes Zubehör zu bewilligen:					
	Maske	Größe:	<input type="text"/>	Stk.	<input type="text"/>	Bakterien- Virenfilter
						Stk. <input type="text"/>
	Tubusverlängerung			Stk.	<input type="text"/>	Mundstück
					Stk. <input type="text"/>	Schlauch
Free Aspire Schlauchsystem			Stk.	<input type="text"/>		Konnektor
						Stk. <input type="text"/>

Verordner	Ansprechpartner		Unterschrift und Stempel / Verordner
	<input type="text"/>		
	Telefonnummer der Station	Ort / Datum	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		