



Verordnungsformular GeTeMed Monitor

Ärztliche Verordnung und Antrag auf Kostenübernahme
für eine häusliche Monitorüberwachung

Fax an:
0362 892 119 00

E-Mail an:
bestellung@vivisol.de
Vielen Dank!

Patientendaten

Vor- und Zuname Kind

Geburtsdatum (dd/mm/yy)

Strasse/Hausnummer

Versicherungsnummer

PLZ

Ort

Krankenkasse

Lieferadresse

geplantes Entlassungsdatum

Vor- und Zuname erziehungsberechtigte Person 1

Telefonnummer des Erziehungsberechtigten 1

Vor- und Zuname erziehungsberechtigte Person 2

Telefonnummer des Erziehungsberechtigten 2

Diagnose

Die o.g. Patientin/der o.g. Patient befindet sich seit _____ in unserer stationären Behandlung.

- ☐ Geburtsgewicht unter 1.500 g mit Atemfunktionsstörung/Lungenveränderung
- ☐ Frühgeborenes Kind _____ . Schwangerschaftswoche
- ☐ Aufgetretene/ auftretende Apnoen mit einer Dauer von 15 -20 Sekunden
- ☐ Herzrhythmusstörungen mit einer ausgeprägten Bradykardie
- ☐ Polysomnographisch festgestellte Reifestörung
- ☐ Plötzlicher Kindstod von einem oder mehr Geschwisterkindern
- ☐ Sonstiges: _____

Gerätetyp

Auf Grund der o. g. Diagnosen werden folgende Hilfsmittel für die häusliche Versorgung verordnet.

- ☐ Pulsoxymeter mit Speicherfunktion incl. Sensoren für Säuglinge (VitaGuard 310 oder VG 5 PX)
- ☐ Monitor zur Atmungs-und Herzüberwachung mit Speicherfunktion inkl. Elektroden (VitaGuard 2100 oder VG 5 CR)
- ☐ Monitor zur Überwachung von Atmung, EKG und Sauerstoffsättigung incl. Elektroden und Sensoren (VitaGuard 3100 oder VG 5 MP)
- ☐ Beatmungsbeutel mit Reservoir ☐ 280ml ☐ 450ml , Beatmungsmaske Gr.: _____

Bemerkungen

Einstellungen

Alarmgrenzwerte

Bradykardie _____ ♥ / min

Obergrenze SpO₂ _____ %

sonstige Einstellungen

Tachykardie _____ ♥ / min

Untergrenze SpO₂ _____ %

Apnoealarm _____ Sekunden

Wir bitten um rasche Kostenübernahme für die o. g. verordneten Hilfsmittel, damit eine baldige Entlassung möglich ist. Eine Entlassung ohne o. g. Monitor (inklusive Zubehör) können wir nicht befürworten, da es sonst jederzeit zu einer lebensbedrohlichen Situation kommen könnte.

Verordner

Ansprechpartner

Telefonnummer Station/Praxis

Ort / Datum

Unterschrift und Stempel / Verordner