



VIVISOL
Home Care Services

Verordnungsformular Pulsoximeter

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

Geburtsdatum (dd/mm/yy)

Strasse/Hausnummer

Versicherungsnummer

PLZ

Krankenkasse

Ort

geplantes Entlassungsdatum

Telefonnummer Patient

Telefonnummer Angehörige/ Pflegedienst/ Betreuer

Lieferadresse

Diagnose

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

Diagnose

Gerätetyp

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

☐ **Pulsoximeter** (mit Hinterlegung von Alarmgrenzen, 21.30.02.1) zur dauerhaften Überwachung incl. Zubehör

☐ Einwegsensor Stück: _____

☐ Dauersensor

☐ sonstiges _____

ärztliche Begründung für Einwegsensoren

Einstellungen

Alarmgrenzwerte

Puls Obergrenze _____ ♥ / min

Obergrenze SpO₂ _____ %

sonstige Einstellungen

Puls Untergrenze _____ ♥ / min

Untergrenze SpO₂ _____ %

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

Verordner

Ansprechpartner

Telefonnummer der Station/Praxis

Ort / Datum

Unterschrift und Stempel / Verordner