

Bitte vollständig ausfüllen

Bitte ankreuzen

Patientendaten	Vor- und Zuname	Versicherungsnummer	
	PLZ	Ort	Krankenkasse
	Strasse	Entlassungsdatum	Geburtsdatum (dd/mm/yy)
	Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)	Telefonnummer des Patienten	
		Telefonnummer Angehörige / Pflegeeinrichtung	

Diagnose

Therapiegerät

Wir bitten, bei oben genanntem Patienten folgendes Therapiegerät zu bewilligen:

myAirvo2 Erwachsener Kind

Einstellungen & Zubehörpakete	Erwachsene		Kinder	
	Flowbereich	Temperatur	Flowbereich	Temperatur
	Blutgaswerte		Paket 1	
	Optional		Paket 2	

Für den oben genannten Patienten werden folgende Geräteeinstellungen empfohlen. Wir bitten außerdem bei dem Patienten folgendes Paket zu bewilligen:

Andere therapeutische Anwendungen (Atemtherapie, Flutter, Cornet, IPPB, CPAP, NIV etc.), sowie Inhalations- und Medikamentengaben, führten zu keiner befriedigenden Verbesserung, oder konnten aufgrund der Beeinträchtigungen des Patienten nicht durchgeführt werden. Da die HighFlowtherapie beim Erkrankungsbild des/der Patienten/in zugelassen und indiziert ist um weitere Komplikationen und eventuell notwendige Krankenhausaufenthalte zu vermeiden, ist aus unserer Sicht eine Entlassung des Patienten ohne das oben benannte Hilfsmittel nicht möglich.

Verordner	Anspruchspartner Klinik / Praxis	Unterschrift und Stempel / Verordner
	Telefonnummer Ansprechpartner	
	Datum / Ort	