



Kostenträger: _____

Versicherter: _____





Name	Geb.Datum	Vers.-Nr. Kind
Name des Kindes	Geb.Datum	
Straße		PLZ, Wohnort
Telefon		

Diagnose:

- Geburtsgewicht unter 1.500 g mit Atemfunktionsstörung / Lungenveränderung
- Frühgeborenes Kind ____ . Schwangerschaftswoche
- Auftretene / auftretende Apnoen mit einer Dauer von 15 – 20 Sekunden
- Herzrhythmusstörungen mit ausgeprägten Bradykardien
- Polysomnographisch festgestellte Reifestörung
- Nachgeborenes Geschwisterkind von SIDS-Opfer
- Sonstiges: _____

Das Kind ist seit dem _____ (Datum) in unserer stationären Behandlung und wird voraussichtlich am _____ (Datum) unsere Station verlassen.

Für die häusliche Überwachung der Atem- und / oder Herztätigkeit und/oder Sauerstoffsättigung ist ein Überwachungsmonitor nötig:

<input type="checkbox"/>		<p>SpO₂- Herz- und Atmungsüberwachung z.B. SISS BABYCONTROL[®] M (Hilfsmittelnummer: 21.30.01.0008) MASIMO SET Technologie inkl. Speicher und Anzeige</p>	Nach ärztlichem Befund kann wahlweise Atmungs- und Herzüberwachung oder SpO ₂ Überwachung deaktiviert werden.
<input type="checkbox"/>		<p>Herz- und Atmungsüberwachung z.B. SISS BABYCONTROL[®] H inkl. Speicher und Anzeige</p>	
<input type="checkbox"/>		<p>Herz- und Atmungsüberwachung z.B. SISS BABYCONTROL[®] plus (Hilfsmittelnummer: 21.24.02.4011) inkl. Speicher</p>	
<input type="checkbox"/>		<p>Atmungsüberwachungsmonitor z.B. SISS BABYCONTROL[®] (Hilfsmittelnummer: 21.24.02.0005) inkl. Speicher</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Beatmungsbeutel für Säuglinge komplett inkl. Zubehör <input type="checkbox"/> Sauerstoffversorgung (z.B. Sauerstoffkonzentrator)

Grenzwerte											
Bradycardie						Tachycardie					
50	60	65	70	80	90	180	190	200	210	220	240
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apnoe						SpO ₂ : Sauerstoffsättigung untere Grenze					
10 sek.	12 sek.	15 sek.	18 sek.	20 sek.	25 sek.	82%	84%	86%	88%	90%	92%
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum, Station _____

Unterschrift und Stempel des Arztes _____