

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse



SCHULTE-ELEKTRONIK GmbH
medical technology

Kostenträger: _____

Versicherter: _____

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

- Diagnose:**
- Geburtsgewicht unter 1.500 g mit Atemfunktionsstörung / Lungenveränderung
 - Frühgeborenes Kind ____ . Schwangerschaftswoche
 - Aufgetretene / 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 Herzrhythmusaktivität und/oder Sauerstoffsättigung ist ein Überwachungsmonitor nötig:


**SpO2- Herz- und
Atmungsüberwachung**
z.B. SISS BABYCONTROL® M
 Nach ärztlichem Befund kann wahlweise
Atmungs- und Herzüberwachung oder
SpO2 Überwachung deaktiviert werden.


Herz- und Atmungsüberwachung
z.B. SISS BABYCONTROL® H
 Nach ärztlichem Befund kann wahlweise
Atmungs- oder Herzüberwachung deaktiviert werden.

<input type="checkbox"/> Beatmungsbeutel für Säuglinge komplett inkl. Zubehör	<input type="checkbox"/> Sauerstoffversorgung
--	---

Grenzwerte											
Bradycardie						Tachycardie					
40	50	60	70	80	90	180	190	200	210	220	235
<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%	91%
<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