

Krankenkasse			<b><u>Verordnung</u></b>
Name, Vorname, Anschrift des Versicherten			
Geburtsdatum:			Verordnungsrelevante Diagnosen (ICD):
Kassen-Nr.:	Versicherten-Nr.:	Status:	
Tel-Nr.:		Verordnungsdatum:	

Um den Behandlungserfolg zu sichern, bedarf es im nachfolgenden Einzelfall spezieller Hilfsmittel.

nCPAP Gerät – ein Druckniveau mit ggf. integrierter Anfeuchtung	
<input type="checkbox"/> ResMed S9 Escape	<input type="checkbox"/> ResMed Humidaire 5i
<input type="checkbox"/> ResMed Airsense 10 elite	<input type="checkbox"/> ResMed Humidair
APAP Gerät – Spezialgeräte, automatisch anpassendes Druckniveau mit ggf. integrierter Anfeuchtung	
<input type="checkbox"/> ResMed Airsense 10 Autoset	<input type="checkbox"/> ResMed Humidair
<input type="checkbox"/> ResMed Airsense 10 Autoset for Her	
Auto Bilevel Gerät – Spezialgerät, automatisch anpassendes Druckniveau mit ggf. integrierter Anfeuchtung	
<input type="checkbox"/> ResMed Aircurve VAuto	<input type="checkbox"/> ResMed Humidair
Bilevel S Gerät – zwei Druckniveaus mit ggf. integrierter Anfeuchtung	
<input type="checkbox"/> ResMed Aircurve 10 S	<input type="checkbox"/> ResMed Humidair
Bilevel ST Gerät – zwei Druckniveaus und Zeitsteuerung mit ggf. integrierter Anfeuchtung	
<input type="checkbox"/> ResMed Aircurve 10 ST	<input type="checkbox"/> ResMed Humidair
Geräte zur intermittierenden Heimbeatmung	
<input type="checkbox"/> ResMed Stellar 100	<input type="checkbox"/> ResMed Humidaire 4i
<input type="checkbox"/> ResMed Stellar 150 mit iVAPS	<input type="checkbox"/> ResMed Humidaire 4i
ASV – Geräte zur Behandlung von kardiorespiatorischen und anderen komplexen Erkrankungen	
<input type="checkbox"/> ResMed Aircurve 10 CS	<input type="checkbox"/> ResMed Humidair
Atemmaske Typ	Sauerstoffadapter
Seriennummer Gerät:	Seriennummer Anfeuchter:

_____ Unterschrift / Stempel des Arztes - Klinikum	_____ Institutionskennzeichen – IKZ / Arztnummer
--	--

## Therapieeinstellwerte

Modus:	CPAP	APAP	Vauto	Bilevel S	Bilevel ST	ASV	NIV
Patientendruck:							
EPR Druck (expiratorische Druckabsenkung)							
Min DU (minimale Druckunterstützung )							
Max Du ( maximale Druckunterstützung )							
Alveoläres Zielvolumen (iVPAPS)							
Smartstart							
Rampenzeit							
IPAP							
EPAP							
BPM ( Hintergrundfrequenz)							
Ti min ( sec )							
Ti max ( sec )							
Risetime ( Anstiegszeit )							
Trigger ( Tgl )							
Cycle ( TgE )							

Die Firma Medizintechnik Jürgen K. Kranz GmbH hat mir am ..... im augenscheinlich hygienisch und technisch einwandfreien Zustand das o. g. Hilfsmittel übergeben und mich in dessen Gebrauch eingewiesen. Das Hilfsmittel steht im Eigentum von Medizintechnik Jürgen K. Kranz GmbH und ich erhalte es im Rahmen meiner Krankenversicherung leihweise. Ich bin verpflichtet, das Hilfsmittel schonend zu behandeln und zu pflegen. Mir ist bekannt, dass ich für vorsätzlich oder grob fahrlässig verursachte Schäden oder den Verlust des Hilfsmittels hafte. Ich habe Schäden oder den Verlust unverzüglich bei Medizintechnik Jürgen K. Kranz GmbH zu melden.

Ich informiere die Krankenkasse und Medizintechnik Jürgen K. Kranz GmbH umgehend bei Änderung meines Wohnortes, damit die Weiterführung der Versorgung mit einem entsprechendem Hilfsmittel sichergestellt wird. Ich darf dieses Hilfsmittel keinem Dritten zur Nutzung überlassen, nicht verleihen, übereignen oder verpfänden. Sobald ich dieses Hilfsmittel nicht mehr benötige, informiere ich meine Krankenkasse und/oder Medizintechnik Jürgen K. Kranz GmbH, damit das Hilfsmittel abgeholt werden kann. Sofern Reparaturen, der Austausch oder die Rückholung des Hilfsmittels notwendig werden, Zubehörteile oder Ersatzteile erforderlich sind, informiere ich ausschließlich den Medizintechnik Jürgen K. Kranz GmbH, da dieser der Eigentümer des mir zur Verfügung gestellten Hilfsmittels ist. Medizintechnik Jürgen K. Kranz GmbH hat mich über die durchzuführenden Qualitätssicherungen und meine Pflicht zur Mitwirkung informiert. Eine Durchschrift der Erklärung habe ich erhalten. Mir ist bewusst, das mir das Gerät nur vorbehaltlich der Zustimmung meiner Krankenkasse zu einem ständigen Gebrauch übergeben wird. Ich versichere, dieses Gerät wieder an meine Lieferfirma zurückzugeben, falls meine Krankenkasse keine Kostenzusage für das Gerät erteilt.

Medizintechnik Jürgen K. Kranz GmbH  
 Bellevue 1-3  
 23968 Gägelow

Servicehotline: 03841 6290-0  
 kostenlose Hotline: 0800 6296290  
 Fax: 03841 6290-32