

# Hilfsmittelverordnung

Adresse der Klinik:

**Patientendaten:**

(Name, Vorname,  
Geb.datum,  
Krankenkasse,  
Versichertennummer)

9

**aktuelles  
Patientengewicht**

**Aufnahmedatum:**

**Entlassungsdatum:**

**Diagnosen:**

- Geburtsgewicht unter 1500 g mit Atemfunktionsstörungen/Lungenveränderungen
- Frühgeborenes Kind in der ..... Schwangerschaftswoche
- Rezidivierende Apnoen
- Herzrhythmusstörungen
- Polysomnografisch festgestellte Reifestörungen
- Familiäre SIDS-Belastung
- Status nach akut lebensbedrohlichem Ereignis (ALTE)
- Sauerstoffsättigungsabfälle bis ..... %
- Bekannte Allergie gegen Pflaster u.ä.
- Sonstiges .....

Für die häusliche Überwachung ist ein VitaGuard Herz-/Atem-Monitor mit Speicher erforderlich:

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> SpO <sub>2</sub> ,<br>Pulsfrequenz | <input type="checkbox"/> EKG,<br>Herzfrequenz | <input type="checkbox"/> EKG<br>Apnoe-<br>erkennung |
|---|---|---|

Wir bitten um schnellstmögliche Bearbeitung und Kostenübernahme; einschließlich des dazugehörigen Verbrauchsmaterials bis zum 1. Geburtstag des Säuglings. Die Einweisung der Eltern in die Bedienung des Gerätes erfolgt hier in unserer Klinik, einschließlich der Programmierung **folgender Alarmgrenzen:**

**Sauerstoffsättigung:** ..... % (Untergrenze) ..... Stille Untergrenze  
..... % (Obergrenze)

**Herzfrequenz:** ..... BPM (Untergrenze) ..... Stille Untergrenze  
..... BPM (Obergrenze)

**Atempause:** ..... Sekunden ..... Stille

**Alarmverknüpfung** Ja, verknüpfte Alarme einstellen

Mit freundlichen Grüßen

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift, Stempel

Fax an (03529) 51 75 37 oder per E-Mail an: [Kinder@Saegeling-mt.de](mailto:Kinder@Saegeling-mt.de)