

B Produktbezogener Teil

PG 14 Beatmung

Ergänzende Angaben zur Verordnung vom _____ (Datum)
versichertes Kind: Name _____ Vorname _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: männlich weiblich
Kostenträger: _____ KV-Nummer: _____

1. Versorgungsanlass*

Erstversorgung Folgeversorgung Zweitversorgung Umversorgung

Anlass: _____

- * **Erstversorgung** = Erstmalige Verordnung eines Hilfsmittels einer bestimmten Produktart zu einem bestimmten Versorgungszweck.
* **Folgeversorgung** = Erneute Verordnung eines bereits genutzten – durch Wachstum- oder Verschleiß aufgebrauchten – Hilfsmittels.
* **Zweitversorgung** = Verordnung der Zweitausstattung mit einem bereits vorhandenen oder artgleichen Hilfsmittel
* **Umversorgung** = Verordnung eines anderen Hilfsmittels, wenn das bereits vorhandene aus bestimmten Gründen nicht (mehr) geeignet ist

2. Einsatzort bzw. -bereich (Mehrfachnennung möglich)

Pflegeeinrichtung Wohngruppe/
Intensivpflege Häuslichkeit
mit Pflegedienst ohne Pflegedienst

3. Bisherige vorhandene Hilfsmittelversorgung (soweit für diese Versorgung relevant)

4. Wichtige, versorgungsrelevante Informationen zum Kind

Bestehende Atemsituation

Spontanatmung möglich für _____ Std. Unterstützte Beatmung (CPAP/PSV) möglich für _____ Std.

Kontrollierte Beatmung (PCV) notwendig für _____ Std.

Sauerstoffbedarf bei Spontanatmung _____ L/Min unter Beatmung _____ L/Min

Mobilität mit dem Beatmungsgerät _____ h/tgl.

Bemerkung: _____

Beatmungszugang

Maske	Nasenmaske Individualmaske	FF-Maske Sonstiges
Trachealkanüle	Typ Cuff	Größe Phonationsöffnung

Versorgungsvorschlag: _____

Atemgasbefeuchtung: aktiv passiv

Inhalationstherapie mit: Häufigkeit:

1. _____

2. _____

5. Zielsetzung der Versorgung (PG 14)

Bitte kreuzen Sie die Ziele auf der Funktions- sowie der Aktivitäts- und Teilhabeebene an. (ICF)

Für die Formulierung von SMART-Zielen sind die Linien vorgesehen.
Für die Zielfestlegung sind Arzt/Therapeut sowie die Eltern bzw. Betreuer des Kindes verantwortlich.

Körperfunktionen und -strukturen

Stabilisierung der Vitalfunktion Atmung
Entlastung der Atemmuskulatur
Verbesserung der Schlafqualität
Verbesserung / Stabilisierung der allgemeinen Belastbarkeit
Förderung der körperlichen Entwicklung
Spontanatmung für _____ Std. täglich

Aktivitäten und Teilhabe

Ermöglichen von Wohlbefinden
Kommunikation schaffen/ausbauen
Teilhabe an allg. Schulpflicht
Teilhabe am sozialen Leben (Familie, Bildungseinrichtungen, soz. Gemeinschaft)
Schaffen von Mobilität
Sonstiges

Ergebnisprüfung nach 3–6 monatiger Nutzung des Hilfsmittels:

Dieser Teil wird von Arzt und/oder Therapeut zusammen mit den Eltern nach einer 3–6 monatigen Nutzungsdauer des Hilfsmittels ausgefüllt. Unterschriften Sie den Teil bitte separat unten.

Vorgesehenes Datum des Kontrolltermins: _____

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht

Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht
Zielerreichung	voll	teilweise	nicht

Bemerkungen:

Unterschrift:

Erziehungsberechtigte / Betreuer

verantwortlicher Arzt / Therapeut

Leistungserbringer

Datum

6. Anforderungen an die Ausstattung

Beatmungsgerät

Lebenserhaltend
 nicht Lebenserhaltend
 Zweitgerät
 Internem Akku
 externer Akku
 mehrere Profile einstellbar Anzahl: 2 3 4
 Volumensicherung
 zugelassen ab _____ kg / _____ ml/AZV
 Home Adjust
 Transporttasche
 Sonstiges

Kontrolle bei der Auslieferung

Bitte unbedingt zum ZEITPUNKT DER AUSLIEFERUNG ausfüllen.
 Zur Auslieferung gehört auch immer eine Einweisung
 zu dem Hilfsmittel für die Nutzer/Eltern.

Datum der Auslieferung: _____

vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern

Setting

Doppelschlauch
 Einschlauch-Ventilsystem
 Leckageschlauchsystem
 Durchmesser: _____

vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern

Interface

Nasenmaske
 FF-Maske
 Individualmaske
 Kanüle _____
 Sonstiges _____

vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern

Sonstiges

Beatmungsanbau am Rollstuhl / Kinderwagen
 Beatmungsrucksack / -Tasche
 Aktive Befeuchtung Gerätetyp _____
 Funktionswagen

vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern
vorhanden	passend	nachzubessern

vorhanden	passend	nachzubessern
-----------	---------	---------------

vorhanden	passend	nachzubessern
-----------	---------	---------------

Bemerkungen:

NAME / VORNAME DES KINDES:

7. Notwendige Besonderheiten (z.B. Ablagefläche für Sauerstoffgerät)

Begründung

8. Versorgungsempfehlung vom Versorgungsteam

Typ: _____ HMV-Nr: _____

Begründung des Einzelproduktes:

Namen, Unterschriften des Versorgungsteams, Datum:

Arzt/Therapeut: _____

Leistungserbringer: _____

Einverständniserklärungen der/des Erziehungsberechtigten/Betreuers

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass zum Zwecke der optimalen Versorgung für das Kind: (Vorname) _____ die Datenweitergabe seiner personenbezogenen Daten an Dritte nur aufgrund der gesetzlichen Grundlage erfolgt. Alle übrigen Datenweitergaben bedürfen der ausdrücklichen Einwilligung. Weitere Erläuterungen zur Datenweitergabe wurden mit der eingebundenen Datenschutzerklärung übergeben, welche ich verstanden habe.

Ich willige ausdrücklich zum Zwecke der Versorgung

- in die Erhebung, Speicherung und Verarbeitung zu Dokumentationszwecken des individuellen Krankheitsbildes bzw. Hilfsmittelversorgungen erstellte Foto- und Videodokumentationen,
- in die Weitergabe meiner Daten, Fotos, Video und Patientendokumentationen, Diagnosen zum Zwecke der Abstimmung und Verbesserung der Therapie an allen an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer (z. B. Ärzten, Pflegediensten, Sozialstationen, Pflegeheimen, Krankenhäusern etc.) und Hersteller ein.

Mir ist bekannt, dass ich jede einzelne Einwilligung jederzeit mit der Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Bei fehlender oder widerrufender Einwilligung werden sich keine nachteiligen Folgen ergeben.

Datum, Ort

Unterschrift gesetzl. Vertreter des Versicherte(r)