



## Muster 16 Verordnung

(Formular für Arzneimittelverordnungen/deutsches Krankenkassenrezept)

- 1 Krankenkasse/Kostenträger
- 2 Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum
- 3 Kostenträgerkennung
- 4 Versichertennummer
- 5 Betriebsstättennummer (9-stellig)
- 6 Arzt-Nr. (LANR/9-stellig)
- 7 Verordnungsdatum/Ausstellungsdatum
- 8 Statusfeld (Hilfsmittel/Impfstoff etc.)
- 9 Hilfsmittelpositionsnummer
- 10 Hilfsmittelbezeichnung
- 11 Diagnose
- 12 Unterschrift und Stempel des Verordners
- 13 Empfangsbestätigung des Patienten
- 14 Vermerke der Krankenkassen
- 15 Stempel des Lieferanten

## Beispiel ausgefüllte Musterverordnung

### Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse/-versicherung Verordnung Hilfsmittel Beatmung

Krankenversicherung bzw. Kostenträger		Datum	
Musterkrankenkasse		24.02.2020	
Name, Vorname des Versicherten		Geb.-Datum	
Mustermann, Hermann		07.06.1950	
Straße, Hausnummer		Krankenhaus/Arzt	
Musterweg 13		Allgemeines Krankenhaus Dr. Hakim Lunge Atemweg 3 54321 Konz	
PLZ/Ort		Betriebsstätten-Nr.	
54321 Konz		654123987	
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Hilfsmittel	
987654321	A123456789	7	
Arzt-Nr./LANR	ICD 10 Code		
123987654	J84.1		

Diagnose: globale respiratorische Insuffizienz bei COPD

Beatmungsdauer:  unter 16 Std./Tag  über 16 Std./Tag

Versorgungsart:  invasiv  nicht-invasiv Wachkoma:  Körpergröße: 180 cm

#### Untersuchungsergebnisse

	Datum	FiO <sub>2</sub> [%]	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	pH	SaO <sub>2</sub>	BE
mit Beatmung	24/02/2020	41	76,1	45,6	7,41	96,4%	6,2
ohne Beatmung	24/02/2020	41	58,5	51,9	7,31	86,0%	5,8

#### Begründung zur Beatmungsgeräteauswahl

- Die Patientin/der Patient ist auf eine kontinuierliche Beatmungstherapie angewiesen. Es wurde ein Gerät mit sehr guten physikalischen Eigenschaften ausgewählt. Damit gelang die Optimierung der Beatmungseinstellung. Wir bitten darum, die Patientin/den Patienten nicht auf ein anderes Gerät umzuversorgen. Um den Zustand zu verbessern und zu erhalten, weitere Klinikaufenthalte zu reduzieren und die Überlebensdauer und Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern, verordnen wir die aufgelisteten Hilfsmittel.
- Der Verlauf der Erkrankung ist als progredient zu bezeichnen. In der näheren Zukunft ist mit einer Verschlechterung des Zustandes, der in eine Abhängigkeit von der Beatmungstherapie mündet, zu rechnen. Aus diesem Grund verordnen wir ein höherwertiges Beatmungsgerät.

Begründung: \_\_\_\_\_

#### Beatmungsparameter

	1	2
Modus	PSV	
IPAP		
EPAP		
P Insp.		
PS	16	
PEEP	6	
Insp. Kurve/Anstiegszeit	200	
Exsp. Kurve/Absenkzeit	300	
Trigger insp.	3	
Trigger exp.	40%	

#### Alarmer Beatmung

Vti-2000/300 Druck 40/ein

PSV max 30,0 Diskonekt. 60%

MVinsp. 18,0/3,0 T-Apnoe-20sec.

AF-35/8

#### Alarmer Pulsoximetrie

SpO<sub>2</sub> †: 100

SpO<sub>2</sub> ‡: 94

Puls †: 130

Puls ‡: 45

Ärztliche Verordnung Hilfsmittel Beatmung zur Vorlage bei der Krankenkasse Seite 1 von 2

Relevante Daten zur Angebotserstellung & Abrechnung bei der Krankenkasse

Patientenbezogene Daten, um diesen entsprechend beliefern zu können

Patient (Name, Vorname): Mustermann, Hermann

#### Zur Therapie werden folgende Hilfsmittel verordnet:

##### Telemonitoring

- Teilnahme am Telemonitoring mit AirView

##### Geräte

- Beatmungsgerät, mit dem die Titration erfolgte: ResMed Astral 150
- baugleiches Notfallbeatmungs-/Zweitgerät  externer Akku
- Atemgasbefeuchter Wilamed Aircon  Halterungsset Atemgasbefeuchtung
- Pulsoximeter mit Zubehör
- stationäres Absauggerät  mobiles Absauggerät mit Akku
- Geräteaufnahme, fahrbar

##### Verneblung

- Inhaliergerät (Kompressor/Drucklufttechnologie) zur Verwendung unter Spontanatmung (z.B. PariBoy)
- Micropumpenvernebler bei 24h Dauerbeatmung zur Anwendung im Beatmungssystem (z.B. Multisonic, Aeroneb)

##### Zubehör

- Beatmungsmaske \_\_\_\_\_ Modell \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_
- Beatmungsbeutel \_\_\_\_\_ ml  Testlunge
- Trachealspreizer  Cuffdruckmesser
- Trachealkanüle Modell Bivona TTS Größe 9 REF 7078627
- Notfall-Trachealkanüle Modell Priflex Größe 8 REF 7077005

- Einschlauchsystem \_\_\_\_\_ 1x \_\_\_\_\_ 4 Stk.  Doppelschlauchsystem \_\_\_\_\_ 4 Stk.
- Einschlauchsystem Befeuchtung \_\_\_\_\_ 1x \_\_\_\_\_ 4 Stk.  Doppelschlauchsystem Befeuchtung \_\_\_\_\_ 4 Stk.
- Tubusverlängerung \_\_\_\_\_ 25 Stk.  Fingertip/Absaugverbindingsschlauch \_\_\_\_\_ Stk.
- Absaugkatheter CH \_\_\_\_\_ 300 Stk.  Sprechaufsatz Passy Muir 1 Stk.
- Kanülenhalteband Größe \_\_\_\_\_ 15 Stk.  HME Filter \_\_\_\_\_ 50 Stk.
- Trachealkompressen \_\_\_\_\_ 40 Stk.  Feuchte Nase \_\_\_\_\_ 1x \_\_\_\_\_ 30 Stk.
- Bakterienfilter \_\_\_\_\_ 1x \_\_\_\_\_ 5 Stk.  Einmalspritzen, 10 ml \_\_\_\_\_ 100 Stk.
- Kanülenreinigungsbürste \_\_\_\_\_ 5 Stk.  Sterilwasser \_\_\_\_\_ 20 Stk.
- Erstversorgungsset invasiv Erwachsene\*  Erstversorgungsset invasiv Kinder\*

\*Die invasiven Erstversorgungssets beinhalten: 1 Beatmungsbeutel, 1 Testlunge, 1 Trachealspreizer, 1 Cuffdruckmesser, 1 Kanülenreinigungspulver, 1 Kanülenreinigungsdose, 5 Kanülenreinigungsbürsten, 25 Tubusverlängerungen, 300 Absaugkatheter, 4 Verbindungsschläuche zu einem Absauggerät, 15 Kanülenhaltebänder, 100 Mullkompressen, 40 Trachealkompressen, 50 Klimatisierungsfilter, 100 Einmalspritzen 10 ml, 200 sterile Handschuhe, 30 Gleitgel Tracee Optilube 2,7g, 60 Reinigungstücher Stoma

Bemerkung/Besonderheiten/individuelle Begründung: \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie um zeitnahe Kostenübernahme für die verordneten Hilfsmittel und bedanken uns im Namen Ihres Versicherten.

24.02.2020  

Unterschrift Arzt, Stempel

Ansprechpartner Vertriebsfirma: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Die Auslieferung der Hilfsmittel soll erfolgen an:  Privatadresse  Pflegeeinrichtung

Kontaktperson/Telefonnummer für Auslieferung: Frau Mustermann, 0198 / 76543 21

##### Gilt nur für Privatversicherte

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die ärztliche Verordnung und die in diesem Formular enthaltenen Daten sowie auch künftig erfasste Daten z.B. zur Geräteneutzung, Wartung ausschließlich zum Zwecke meiner Versorgung und zur Kostenabrechnung an meine Krankenversicherung weitergegeben werden.

Ja  Nein  Nicht erforderlich

Die von mir nachstehend abgegebene Erklärung erfolgt freiwillig. Ich bin daraufhingewiesen worden, dass mir bei Nichtabgabe oder Widerruf der Einwilligungserklärung von mir bezogene Medizinprodukte in Rechnung gestellt werden können.

Ort, Datum \_\_\_\_\_ x  
Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in \_\_\_\_\_

Ärztliche Verordnung Hilfsmittel Beatmung zur Vorlage bei der Krankenkasse Seite 2 von 2

© 2020 ResMed GmbH & Co. KG, Art.-Nr. 1012283-16-02-20

Muster-Verordnung zweiseitig  
Die hier gezeigten Daten sind zweckdienlich erfunden.

## Verordnung im Überblick

Eine zeitnahe und exakte Patientenversorgung ist unser höchstes Bestreben. Korrekte und vollständig ausgefüllte Verordnungen beschleunigen den Genehmigungs- und Lieferprozess. So kann der Patient zeitnah und zufriedenstellend versorgt werden.

Dieser Leitfaden informiert und navigiert Sie zu einer zielgerechten Umsetzung. Danke für Ihre Unterstützung im Versorgungsprozess.

### Notwendige Daten einer Verordnung

- |  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Nachname, Vorname  | <input checked="" type="checkbox"/> Blutgasanalyse BGA (bei O <sub>2</sub> /NIV/IV) |
| <input checked="" type="checkbox"/> Geburtsdatum       | <input checked="" type="checkbox"/> Schlüssige Parameter                            |
| <input checked="" type="checkbox"/> Krankenkasse       | <input checked="" type="checkbox"/> Diagnosen                                       |
| <input checked="" type="checkbox"/> Telefonnummer      | <input checked="" type="checkbox"/> Datum, Unterschrift und Stempel des Verordners  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Versichertennummer | <input checked="" type="checkbox"/> Betriebsstätten Nummer                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Adresse            | <input checked="" type="checkbox"/> Arztnummer (LANR)                               |

### Für alle Hilfsmittelverordnungen gilt:

- Die ausgestellte Verordnung ist eine Urkunde. Sie ist ohne Angabe von Vorname, Nachname, Berufsbezeichnung (Arzt/Facharzt), Praxisanschrift, Telefonnummer, Unterschrift des Arztes und Datum ungültig.
- Bei Verordnungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen ist ein Vertragsarztstempel zu verwenden. Alternativ können die entsprechenden Angaben an der vorgesehenen Stelle aufgedruckt werden.
- Alle Angaben auf der Verordnung müssen leserlich sein.
- Der Arzt muss eigenhändig unterschreiben.
- Vertreter unterschreiben mit ihrem Namen (ggf. ist zusätzlich der entsprechende Arztstempel zu verwenden).
- Es dürfen nicht mehr als drei Hilfsmittel pro Formular verordnet werden, ggf. müssen weitere Formulare ausgestellt werden. (gilt nur für Muster 16 Verordnung)
- Aufkleber und Verordnungsstempel dürfen nicht verwendet werden.
- Leerräume im Verordnungsfeld sollten durchgestrichen werden, um Manipulationen vorzubeugen.
- Nachträgliche Änderungen auf einem bereits ausgestellten Verordnungsblatt müssen vom Arzt mit seiner Unterschrift und Datum bestätigt werden. Achtung, alle Daten müssen lesbar bleiben, ggf. ist eine neue Verordnung auszustellen.
- Die Verordnung ist 28 Kalendertage gültig. Auch wenn ein Leistungsantrag innerhalb dieser Zeit bei der Krankenkasse eingeht, gilt die Frist als gewahrt.



Haben Sie Fragen? Kontaktieren Sie uns gerne.

 [Beatmung@ResMed.de](mailto:Beatmung@ResMed.de)

 +49 9193 6331-0  
+49 800 6331 000 (kostenloses Servicetelefon)



## Leitfaden Verordnung

Unterstützung im Versorgungsprozess