

Krankenkasse

**Patientenstammdaten**

Name  
geb.  
wohnhaft

Kasse  
Vers.-Nr.

**Hauptdiagnose:**

## **Ärztliche Hilfsmittelverordnung zur Versorgung einer Trachealkanüle**

verordnender Arzt

Telefonnummer

voraussichtlicher Entlassungstermin:

Begründung: Bei dem oben genannten Patient wurde aufgrund seiner Grunderkrankung ein Tracheostoma angelegt, welches auch ambulant weiter versorgt werden muss. Es besteht eine starke Verschleimung, welche regelmäßig abgesaugt werden muss. Das regelmäßige Absaugen ist medizinisch notwendig, da die Sekretbildung ein Nährboden für Bakterien darstellt und bei Sekretansammlungen akute Erstickungsgefahr besteht. Da aufgrund dessen es schnell zu lebensbedrohlichen Zuständen kommen kann werden zwei Absauggeräte benötigt, damit ein Ersatzgerät für Notfälle vorhanden ist. Ein Inhaliergerät ist notwendig, da über das Tracheostoma regelmäßig zur Schleimverflüssigung, zur Prophylaxe von pulmonalen Infekten und zur Verhinderung eines Trachealkanülenverschlusses inhaliert werden muss.

**Zur weiteren Versorgung des o.g. Patienten außerhalb der Klinik und zur Fortsetzung der Therapie sind aus ärztlicher Sicht folgende Hilfsmittel erforderlich:**

- 2 Stück Trachealkanüle Gr.
- 1 Stück Notfall-Trachealkanüle Gr.
- 6 x 10 Stück Tracheostomakompressen
- 2 x 50 Stück HME-Filter/ künstliche Nasen
- 10 Stück O<sub>2</sub> – Anschlüsse (für HME-Filter/ künstliche Nasen)
- 2 x 100 Stück Mullkompressen 10 x 10 cm<sup>2</sup> unsteril
- 100 Stück Tracheostomareinigungstupfer groß steril
- 2 x 10 Stück Trachealkanülenhaltebänder
- 3 Stück Einmalspritzen 20 ml (zum Entblocken der Trachealkanüle)
- 3 x 100 Stück Absaugkatheter CH
- 3 x 100 Stück Handschuhe steril (zum endotrachealen Absaugen)
- 1 OP Stomaöl 100 ml
- 1 OP Trachealkanülenreinigungspulver
- 1 Trachealkanülenreinigungsdose

- 1 Trachealkanülenreinigungsbürste**
- 1 Cuffdruckmesser**
- 1 Handbeatmungsbeutel**
- 1 Absauggerät saugstark (stationärer Einsatz)**
- 1 Absauggerät mit Akkumulator (mobiler Einsatz und Notgerät)**
- 1 Inhaliergerät**

Wir bitten im Namen des Versicherten um Kostenübernahme.

Mit freundlichen Grüßen  
KLINIK

Oberarzt/ -ärztin

Assistenzarzt/ -ärztin

Stationsleitung