AOK Bremen/Bremerhaven
Versichertendaten

Geplantes Entlassungsdatum: _____

Ansprechpartner Klinik: _____

Telefonnummer Klinik: _____

evtl. Abweichende Lieferanschrift:

_____

Kontaktperson und Telefonnummer für o. g. Lieferanschrift:

_____

Krankenhausärztliche Verordnung von Herz-/Atemmonitoren und Pulsoximetern

Der Patient / die Patientin ist seit dem _____ aufgrund folgender Diagnosen in unserer stationären Behandlung :

_____

_____

Zur häuslichen Überwachung empfehlen wir die Versorgung mit einem

□ Herz-/Atemfrequenzmonitor (14.24.02.4)

□ Herz-/Atemfrequenzmonitor mit Pulsoximetrie (21.30.01.0)

□ Pulsoximeter (21.30.02.1)

zuzüglich

□ Mehrwegsensor

□ Einwegsensoren

Begründung Einwegsensoren:

_____

_____

_____

Wir bitten um entsprechende Kostenübernahme und Koordination der Hilfsmittellieferung an die oben genannte Lieferadresse.

_____ _____

Unterschrift Verordner/in Stempel des Krankenhauses