

| | | |
|--------------------------------|------------------|--------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| geb. am | | |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |



Leistungserbringer:
 NRI Medizintechnik GmbH
 Eversbuschstr. 194 b
 80999 München
 Tel.: 089 - 81 888 100
 Fax: 089 - 81 221 10
 E-Mail: vo@nri-med.de
 www.nri-med.de

Tel.-Nr. Patient: _____

Entlassdatum: _____

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse/-versicherung Verordnung für ein elektronisches Monitoringsystem

Der Zustand der Patientin/des Patienten hat sich soweit stabilisiert, dass eine Entlassung erfolgen kann. Hierzu verordnen wir aufgrund der nachfolgend aufgeführten Diagnosen die genannten Hilfsmittel für die häusliche Versorgung.

- Herzrhythmusstörungen mit ausgeprägten Bradycardien
- Auftretende Bradycardien mit gleichzeitig auftretenden Entsättigungen
- Geburtsgewicht unter 1500 g mit Atemfunktionsstörungen bzw. Lungenveränderungen
- Aufgetretene/auftretende Apnoen mit einer Dauer von Sekunden
- Durch Polysomnographie festgestellte Reifestörungen.
- Nachgeborenes Geschwisterkind von SIDS – Opfer
- Frühgeborenes Kind der Schwangerschaftswoche
- Mehrlingsschwangerschaft

Diagnose: _____

Wir empfehlen die Versorgung mit einem

- Herz- und Atmungs-Monitor VitaGuard® VG 2100
- Herz- und Atmungs-Monitor mit Pulsoximeter VitaGuard® VG 3100
- Pulsoximeter VitaGuard® VG 310
- Pulsoximeter ohne Einbindung in die Rufanlage
- Pulsoximeter zur Einbindung in die Rufanlage
- _____
- _____

Sonstiges: (Bitte geben Sie hier abweichende Lieferadresse, Ansprechpartner bei Anlieferung sowie weitere Besonderheiten an.)

Die Patientin / der Patient wurde gem. § 33 i. V. m. § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V über sein Patientenwahlrecht informiert und beauftragt die Firma NRI Medizintechnik GmbH mit seiner Versorgung. Ein Kostenvoranschlag bzw. eine Rechnung geht Ihnen vom Leistungserbringer NRI Medizintechnik GmbH zu.

 Ort, Datum / Unterschrift Patient/in / Betreuer

 Ort, Datum / Unterschrift Arzt / Stempel