

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Versicherter:** \_\_\_\_\_

**Adresse:** \_\_\_\_\_

**Anlage zur Verordnung eines Hilfsmittels zur**

Dekubitusprophylaxe     Dekubitustherapie

Eilversorgung! Der Patient muss innerhalb von \_\_\_\_\_ Stunden mit dem Hilfsmittel versorgt werden.

Positionsnummer des Hilfsmittels: \_\_\_\_\_ Bezeichnung:  
\_\_\_\_\_

Patientengewicht: \_\_\_\_\_ kg

Patientengröße: \_\_\_\_\_ cm

**Bei o.g. Patient / Patientin, besteht aufgrund der Diagnose(n)**

ein                     niedriges     mittleres     hohes         sehr hohes  
Dekubitusrisiko

bereits ein Dekubitus  Stadium 1     Stadium 2     Stadium 3     Stadium 4



**Erforderlich ist ein Anti-Dekubitus Hilfsmittel:**

Dynamisches Wechseldrucksystem     Statisches Luftzellensystem  
 Fotodokument beiliegend

Wechseldruck / Statisch kombiniert     Spezial Schaumstoffmatratze

Begründung der Verordnung:

---

---

---

---

Das Hilfsmittel muss voraussichtlich \_\_\_\_\_ Wochen eingesetzt werden.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_