

## Verordnung Material für Tracheostomie

<b>Name:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Vorname:</b>	<b>Telefon:</b>
<b>Adresse:</b>	<b>Krankenversicherer: Vers.-Nummer:</b>
<b>Spitex / Krankenpfleger-in zuhause:</b>	

<b>Tracheostomiekannüle:</b>	<b>Marke / Modell:</b> <input type="checkbox"/> Rüschi <input type="checkbox"/> Shiley <input type="checkbox"/> Provox	<b>Grösse:</b>
	<input type="checkbox"/> mit Phonation <input type="checkbox"/> ohne Phonation	<input type="checkbox"/> mit Cuff <input type="checkbox"/> ohne Cuff
<b>Innenkannüle:</b>	<input type="checkbox"/> mit Phonation <input type="checkbox"/> ohne Phonation	<input type="checkbox"/> lang <input type="checkbox"/> kurz
<b>Absaugpumpe:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Aspirationssonden</b>	<b>Grösse:</b>	
<b>Weiteres Material:</b>	<input type="checkbox"/> Verschlusskappe <input type="checkbox"/> Sprechventil <input type="checkbox"/> Künstliche Nase <input type="checkbox"/> Manometer <input type="checkbox"/> Verbandsmaterial <input type="checkbox"/> Weiteres:	

### Gilt als Arztrezept

<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift und Arztstempel:</b>
---------------	--------------------------------------