

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel

Telefon (Patient): _____

Kostenträger: _____

KV-Nr.: _____

Pflegeheim: _____

Geplante Entlassung: _____

Diagnose: _____

Aus medizinischer Sicht besteht bei o.g. Patienten die Indikation für eine Sauerstoff-Langzeit-Therapie, da selbst nach Ausschöpfung aller anderen therapeutischen Maßnahmen eine respiratorische Insuffizienz/Globalinsuffizienz nachgewiesen wurde.

Ein oder mehrere der nachfolgenden Kriterien sind erfüllt:

- Ruhe PaO₂ ≤ 55 mm Hg (7,3 kPa)
- Ruhe PaO₂ zwischen 55 und 60mmHg und klinische Zeichen eines Cor pulmonale und/oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie (HK ≥ 55 %, Hbz ≥ 18 g/dl)
- Abfall des PaO₂ auf weniger als 55mmHg bei durchschnittlicher körperlicher Belastung
- Hypoxämie während des Schlafes

O ₂	in Ruhe				unter Belastung				nachts
	SaO ₂	PO ₂	PCO ₂	ph	SaO ₂	PO ₂	PCO ₂	ph	
ohne									
mit ____ l/min									
mit ____ l/min									

Unter Inhalation von Sauerstoff kommt es zu einem Anstieg des PO₂ ohne wesentliche CO₂ Retention. Die Sauerstoff-Langzeit-Therapie ist über mindestens ____ Std./Tag mit einem Sauerstoff-Fluss von ____ 1/min in Ruhe bzw. mit einem Sauerstoff-Fluss von ____ 1/min unter Belastung erforderlich; Sauerstoff-Fluss von ____ 1/min nachts erforderlich. Mobilität in der Wohnung nein ja ____ Std./Tag. Mobilität außer Haus nein ja ____ Std./Tag

Es handelt sich um eine palliative O₂ Versorgung, deshalb ist eine BGA nicht Teil der Verordnung. Die weiteren Voraussetzungen seitens des Patienten (Kooperation, Nikotinkarenz) für die Durchführung der Therapie sind erfüllt. Der Patient wird weiterhin von uns betreut.

Ich empfehle daher die Kostenübernahme für die Therapie mit folgenden Hilfsmitteln: Sauerstoffversorgung

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Konzentrator stationär | <input type="checkbox"/> Konzentrator mobil | | |
| <input type="checkbox"/> O ₂ Füllstation inkl. 2 tragbaren Flaschen | <input type="checkbox"/> Rucksacktasche | <input type="checkbox"/> 1,25 l Alu-Flasche | <input type="checkbox"/> 1,85 l Alu-Flasche |
| <input type="checkbox"/> Flüssig-Sauerstoff inkl. tragbarem Gefäß | <input type="checkbox"/> Demandsystem | <input type="checkbox"/> Tasche | <input type="checkbox"/> Caddy |
| <input type="checkbox"/> mobile 2 l Stahldruckflasche | <input type="checkbox"/> Demandsystem | <input type="checkbox"/> Tasche | <input type="checkbox"/> Caddy |

Eine mobile Sauerstoffversorgung ist erforderlich:

- Um die tägliche Mobilität des Patienten zu erhalten, die Belastungshypoxämie zu verbessern und möglichst lange Therapiezeiten zu erreichen
- Der Patient benötigt eine außergewöhnlich hohe Sauerstoffflussrate
- _____

Mit freundlichen Grüßen,

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes/der Klinik