

Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel - Sauerstoff -

Nachname Patient:
Vorname Patient:
Strasse:
PLZ und Ort:

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

Geb. Datum (Patient): _____
Telefon (Patient): _____
E-Mail (Patient): _____
Kostenträger: _____
KV-Nr.: _____
Pflegeheim: _____
Geplante Entlassung: _____

Diagnose: _____

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

Ein oder mehrere der nachfolgenden Kriterien sind erfüllt:

- Ruhe $PO_2 \leq 55$ mm Hg (7,3 kPa)
- Ruhe PO_2 zwischen 55 und 60mmHg und klinische Zeichen eines Cor pulmonale und/oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie ($HK \geq 55\%$, $Hbz \geq 18$ g/dl)
- Abfall des PaO_2 auf weniger als 55mmHg bei durchschnittlicher körperlicher Belastung. Hypoxämie während des Schlafes
- Es handelt sich um eine palliative O2 Versorgung. Aus diesem Grund 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.

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									

Die Sauerstoff-Langzeit-Therapie ist mindestens _____ Std./Tag mit einem

Sauerstoff-Fluss von _____ l/min in **Ruhe** und mit einem

Sauerstoff-Fluss von _____ l/min unter körperlicher **Belastung** erforderlich. Ebenfalls ist ein

Sauerstoff-Fluss von _____ l/min **nachts** erforderlich.

Mobilität in der Wohnung _____ Std./Tag nein

Mobilität außer Haus _____ Std./Tag nein

Wir empfehlen daher die Kostenübernahme für die Therapie mit folgenden Hilfsmitteln:

- Konzentrator stationär
- Flüssig-Sauerstoff Vollversorgung (stationär + mobil)
- Konzentrator mobil
- Flüssig-Sauerstoff Teilversorgung (nur mobil)
- 2 l Stahldruckflasche (nur für kurzfristige Mobilität)

Eine mobile Sauerstoffversorgung ist erforderlich:

- Um die tägliche Mobilität des Patienten zu erhalten, die Belastungshypoxämie zu verbessern und möglichst lange Therapiezeiten zu erreichen, ist eine mobile Sauerstoffversorgung notwendig
- Der Patient ist nicht demandfähig
- Die mobile Sauerstoffversorgung ist notwendig, da der Patient eine außergewöhnlich hohe Sauerstoffflussrate benötigt

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes / der Klinik