

Ärztliche Verordnung über Hilfsmittel - Sauerstoff -

Nachname Patient:
Vorname Patient:
Geb. Datum:
Strasse:
PLZ und Ort:

Patientendaten, bzw. Aufkleber der Patientendaten

Telefon (Patient): _____
E-Mail (Patient): _____
Kostenträger: _____
Versicherungs Nr.: _____
Geplante Entlassung: _____
Pflegeheim: _____

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 PO2 ≤ 55 mm Hg (7,3 kPa)
- Ruhe PO2 zwischen 55 und 60mmHg (7,3 und 8,0 kPa) 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
- 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.

O2	in Ruhe				unter Belastung				Nachts
	SaO2	PO2	PCO2	pH	SaO2	PO2	PCO2	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 außer Haus / in der Pflegeeinrichtung _____ 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 Stahl Druckflasche (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

Ansprechpartner: _____ Durchwahl: _____ Fax: _____

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes / der Klinik