

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Bei nachfolgendem genannten Patient besteht die Indikation zur Sauerstoff-Langzeit-Therapie gemäß den Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie.

Krankenkasse / Kostenträger:		
Name und Anschrift der / des Versicherten:		Klinik, Arzt:
Geburtsdatum:		Station, Durchwahl:
Angehörige / Ansprechpartner mit Telefonnummer:		Voraussichtliche Entlassung:
Kassen-Nummer:	Versicherten-Nummer:	Status:
Vertrags-Arzt:	Versichertenkarte gültig bis:	Datum:

Diagnosen:

Partialdrücke (in mmHg):

	in Ruhe	unter O ₂ -Gabe	unter Belastung
PaO ₂			
PaCO ₂			
pH			

Empfohlene Zufuhr von Sauerstoff (Therapeutischer Flow):

in Ruhe	unter Belastung	Nachts

Mobilität: ___ ja ___ nein Mobilitätsdauer: ___ h / Tag Therapiedauer: ___ h / Tag Demandfähig: ___ ja ___ nein

Folgendes Applikationssystem wird verordnet:

- Flüssigsauerstoffsystem stationär + mobil
- Flüssigsauerstoffsystem stationär + mobil mit Sparsystem

Hilfsmittel-Nummer:

14.24.05.1xxx + 14.24.05.2xxx
14.24.05.6xxx

Aufgrund der hohen Mobilität der Patientin / des Patienten muss auch eine O₂-Versorgung unter Belastung gewährleistet sein, damit es zu keiner Immobilisation und Krankheitsverschlimmerung kommt. Die hinsichtlich Kosten und Handhabung effektivste Versorgung liegt mit einem Flüssigsauerstoffsystem vor.

- O₂-Konzentrator 14.24.04.0xxx
- O₂-mobiler Konzentrator 14.24.04.6xxx
- O₂-Druckgasflasche mobil / tragbar 14.24.05.0xxx
- O₂-Druckgasflasche mit Sparsystem 14.24.05.4xxx

Die Patientin / der Patient ist in seiner Mobilität eingeschränkt.

Stempel der Klinik / Praxis	
	Datum, Unterschrift Arzt