

Ärztliche Hilfsmittelverordnung

Name, Vorname	Krankenkasse
Geburtsdatum	Versichertennummer
Straße, Nr.	Telefon
PLZ, Ort	Mobil

Diagnose

Tag der Verlegung/Entlassung	Verlegung/Entlassung nach
Ansprechpartner	Telefon
Zuständiger Haus bzw. Lungenfacharzt	

Bei o. g. Patientin/Patienten besteht die Indikation zur Langzeit-Sauerstofftherapie gemäß den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Pneumologie. Alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten wurden ausgeschöpft.

	in Ruhe				unter Belastung			
	PaO ₂	PaCO ₂	pH	SaO ₂	PaO ₂	PaCO ₂	pH	SaO ₂
ohne O ₂								
mit O ₂								

- ☐ Ruhe PaO₂ ≤ 55 mmHg (7,3 kPa)
☐ Es handelt sich um eine Palliativtherapie, deshalb ist die BGA nicht Bestandteil dieser Verordnung.

Zur Fortsetzung der Therapie im nachstationären Bereich werden folgende Hilfsmittel empfohlen:

☐ Stationärer Konzentrator ☐ Mobiler Konzentrator	☐ Flüssigsauerstoff inkl. 1. Mobilteil	☐ O₂-Druckgasflasche inkl. Tragetasche	☐ Flaschenfüllsystem
--	--	---	---

- ☐ inkl. Verbrauchsmaterial
☐ Der Patient benötigt auf Grund seiner Sauerstoffabhängigkeit eine netzunabhängige Notfallversorgung.

Geräteeinstellungen:

Flussrate:	Ruhezustand:	l/min	Belastung:	l/min	Schlaf:	l/min
Applikationsdauer:			Std/Tag			
Mobilität:			Std/Tag			
Patient ist demandfähig: ☐ Nein ☐ Ja Stufe: (1) (2) (3) (4) (5) (6)						

Definition Mobilität: Patient bewegt sich regelmäßig in einem Radius >10m

Besonderheiten: _____

Datum	Unterschrift Arzt/Klinik/Stempel
-------	----------------------------------