

Verordnung Sauerstoff

Krankenkasse: _____

Diagnose(n): _____

Angaben zum Versicherten:

Name _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____

Telefon Angehörige _____

Für o.g. Patienten/Patientin besteht die Indikation für eine Sauerstoff-Langzeittherapie, nachdem alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, gemäß der Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie.

Die Verordnung stützt sich unter anderem auf Messwerte der Blutgasanalyse bzw. Pulsoxymetrie:

ohne O₂-Zufuhr: pO₂ _____ SaO₂ _____ pCO₂ _____ pH _____

mit O₂-Zufuhr _____ l/min. pO₂ _____ SaO₂ _____ pCO₂ _____ pH _____
von _____

Weitere Angaben: _____

Die Sauerstoffzufuhr ist voraussichtlich erforderlich über _____ Stunden pro Tag.

In Ruhe _____ l/min. Bei Belastung _____ l/min. Im Schlaf _____ l/min.

Demandfähig ☐ Stufe _____ in Ruhe Stufe _____ bei Belastung Gerät: _____

Für die Therapiedurchführung empfehlen wir: (wie angekreuzt)

- ☐ **Sauerstoff-Konzentrator**, inkl. erforderliches Zubehör.

Begründung: Eine stationäre Sauerstoffquelle ist für die vorgesehene Therapie ausreichend.

- ☐ **Sauerstoff-Konzentrator mobil.**

Begründung: Der Patient / Die Patientin ist weitgehend mobil und bewegt sich regelmäßig mit einem Radius von über 15 Metern. Eine stationäre Sauerstoffquelle ist für die Therapie deshalb nicht ausreichend.

☐ Pat. ist demandfähig

☐ kontinuierlicher Flow nötig (max. 2 Liter möglich)

- ☐ **Flüssigsauerstoff-System mit Standbehälter und Tragebehälter**, inkl. erforderlichem Zubehör.

Begründung: Der Patient / Die Patientin ist weitgehend mobil und bewegt sich regelmäßig mit einem Radius von über 15 Metern. Eine stationäre Sauerstoffquelle ist für die Therapie deshalb nicht ausreichend.

- ☐ **Flüssigsauerstoff zusätzlicher (zweiter) Tragebehälter**, inkl. Zubehör, da der Patient / die Patientin überwiegend mobil ist und somit hoher Sauerstoffbedarf besteht, der mit einem Tragegerät nicht ausreichend abgedeckt ist.

☐ Pat. ist demandfähig

☐ Pat. nicht demandfähig

Zur Vermeidung einer stationären Klinikbehandlung oder Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Patienten/der Patientin ist eine rasche Sauerstoffversorgung erforderlich und sollte

☐ noch heute ☐ bei Klinikentlassung, gewährleistet sein. Geplante Entlassung: _____

Wir beantragen die Kostenübernahme und direkte Abrechnung mit dem Gerätelieferanten, der als Fachbetrieb mit qualifiziertem Personal eine patientengerechte Einweisung und eine Nachbetreuung gewährleistet.

Ort / Datum

Stationsarzt / Stationsärztin

Stempel / Unterschrift Stationsarzt / -ärztin