

# 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 O<sub>2</sub>-Zufuhr: pO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pH \_\_\_\_\_

mit O<sub>2</sub>-Zufuhr \_\_\_\_\_ l/min. pO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ SaO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ pCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ 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**, incl. 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 mg/l)

- Flüssigsauerstoff-System mit Standbehälter und Tragebehälter**, incl. 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**, incl. 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 Geräteanbieter, der als Fachbetrieb mit qualifiziertem Personal eine patientengerechte Einweisung und eine Nachbetreuung gewährleistet.

Datum \_\_\_\_\_

Arztstempel und Unterschrift \_\_\_\_\_