



Krankenkasse	Versicherten-Nr.
Name, Adresse des Versicherten	
geb. am	
Vertragsarzt-Nr.	Betriebsstätten-Nr.

Arzt	
Entlassung am	um <input type="checkbox"/> bereits zu Hause
Lieferung am (falls abweichend)	
Ansprechpartner – Lieferort	Telefon (wenn möglich Mobilfunknummer angeben)
Alternative Lieferung	<input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
Adresse	

Verordnung Sauerstofftherapie. Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse.

Bei der o.g. Patientin/dem o.g. Patienten liegt eine chronische Erkrankung vor. Trotz stabilisiertem Zustand der Erkrankung und unter adäquater Pharmakotherapie besteht eine arterielle Hypoxämie.

Diagnosen: _____

Palliativsituation

Blutgasanalyse

	in Ruhe ohne O ₂	in Ruhe mit O ₂	bei Belastung mit O ₂	Liter pro Minute
nicht möglich	_____	_____	_____	_____
PA O ₂	_____	_____	_____	_____
PA CO ₂	_____	_____	_____	_____

Empfohlene Sauerstoffzufuhr

<input type="checkbox"/> Liter pro Minute (Dauerfluss)	<input type="checkbox"/> Stufe (Bolus im Demandmodus)	Ruhe	Belastung	Schlaf
Therapiedauer h/Tag		Mobilität (außer Haus) h/Tag		
Reisen beabsichtigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Treppensteigen notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Rollstuhlbesitzer	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Rollatorbesitzer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bemerkungen	<input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoffsystem (Standbehälter und mobiles Tragegerät) <input type="checkbox"/> Patient ist nicht demandfähig <input type="checkbox"/> Patient ist demandfähig <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator (stationäres Dauerflowgerät) <input type="checkbox"/> Mobiler Konzentrator POC (2,5 kg, portables Demandgerät mit Tasche) Gerätetyp/Name: _____ <input type="checkbox"/> Mobiler Konzentrator TOC (ab 5 kg, Demand+ Dauerflowgerät, mit Caddy) <input type="checkbox"/> Druckgasflasche <input type="checkbox"/> 2 Ltr. <input type="checkbox"/> 10 Ltr. <input type="checkbox"/> Sonstiges _____			

E-Mail-Adresse Klinik/Arzt für Lieferrückmeldung: _____

Leistungserbringer

Klinik/Arzt

Ausstelldatum/Stempel/Unterschrift