



AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Adresse des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		Betriebsstätten-Nr.		Datum		

Arzt/Klinik (Stempel)	
Zuständiger Arzt	
Angehörige	Telefon
Entlassung geplant am	
Absprache des Liefertermins mit (Telefon)	

# Ärztliche Verordnung.

## Patienten-Monitoring.

Die o.g. Patientin/der o.g. Patient ist seit dem \_\_\_\_\_ in unserer stationären Behandlung. Der Zustand der Patientin/des Patienten hat sich soweit stabilisiert, dass eine Entlassung nach Hause erfolgen kann. Zur Entlassung verordnen wir aufgrund der nachfolgend aufgeführten Diagnosen die genannten Hilfsmittel für die häusliche Versorgung.

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_

### Notwendige Hilfsmittel

- Pulsoximeter ohne Atmungsüberwachung
- Herz-Atem-Monitor
- Herz-Atem-Monitor mit Pulsoximetrie
- Beatmungsbeutel für Säuglinge/Kinder
- Sonstiges \_\_\_\_\_

### Erforderliches Zubehör

- Klettbander
- Elektroden
- SpO<sub>2</sub>-Klebesensoren
- SpO<sub>2</sub>-Dauersensor

### Einstellwerte Alarmer:

Atmungspause	Minimale Herzfrequenz	Maximale Herzfrequenz	Untergrenze SpO <sub>2</sub>	Obergrenze SpO <sub>2</sub>
Vorgabe in sek	Vorgabe in bpm	Vorgabe in bpm	Vorgabe in %	Vorgabe in %

### Sauerstoff-Langzeittherapie

- Blutgasanalyse**     Cor pulmonale     Polyglobulie

Es wurden folgende **Partialdrücke (in mmHG)** gemessen:

	in Ruhe				bei Belastung (bei Bedarf)				
					..... W .....	Gehstrecke m .....			
	PA O <sub>2</sub>	PA CO <sub>2</sub>	ph	SA O <sub>2</sub>	PA O <sub>2</sub>	PA CO <sub>2</sub>	ph	SA O <sub>2</sub>	
ohne O <sub>2</sub>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	
mit O <sub>2</sub>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	

**Für die Therapie ist folgender Sauerstofffluss erforderlich:**    in Ruhe    l/min    bei Belastung    l/min    nachts    l/min

### Versorgungsform

- Flüssigsauerstoffsystem (Standbehälter + Tragebehälter)
  - T 1,2 l oder     T 0,5 l
- Sauerstoffkonzentrator
- Stahldruckflasche 2 Liter

E-Mail-Adresse Klinik/Arzt für Lieferrückmeldung: \_\_\_\_\_

### Leistungserbringer

### Klinik/Arzt

Stempel/Unterschrift