

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arzt/Klinik:
Lieferterminvereinbarung mit:
unter der Telefon-Nr.:

Ärztliche Verordnung (Dauerverordnung) zur Vorlage bei der Krankenkasse

Bei o.g. Patienten besteht die Indikation zur Langzeit-Sauerstofftherapie gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie. Alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten wurden ausgeschöpft, der Patient ist kooperativ und tabakabstinent.

Als Sauerstoffquelle wird deshalb ärztlich verordnet:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator | <input type="checkbox"/> Sauerstoffdruckgasflasche Liter inkl. Tragehilfe bzw. Fahrgestell |
| <input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoff-System mit tragbarem Gerät (Standard) | <input type="checkbox"/> Zusätzliches O ₂ -Sparsystem |
| Mobilteil <input type="checkbox"/> 0,5 l <input type="checkbox"/> 1,2 l | (kombiniert mit O ₂ -Flaschen- bzw. Flüssigsauerstoffsystem) |

Im Schlaf: l/min	Therapiezeit/Tag: h
In Ruhe: l/min	Mobilität: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bei Belastung: l/min	Mobilität/Tag: h

Eines oder mehrere der folgenden Kriterien sind erfüllt:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> PaO ₂ in Ruhe < 55 mmHg | <input type="checkbox"/> Abfall des PaO ₂ unter 55 mmHg bei körperlichen Belastungen, die Aktivitäten des täglichen Lebens entsprechen |
| <input type="checkbox"/> PaO ₂ in Ruhe zwischen 55 u. 60 mmHg u. klinische Zeichen eines Cor Pulmonale und/oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie | <input type="checkbox"/> Hypoxämie während des Schlafes |

BGA	in Ruhe			bei Belastung		
	PaO ₂	PaCO ₂	pH	PaO ₂	PaCO ₂	pH
ohne O ₂						
mit O ₂						
mit O ₂ -Sparsystem						

Flüssigsauerstoff-System ist erforderlich, weil:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> eine hinreichende Mobilität des Patienten gegeben bzw. angestrebt ist, die mit anderen Systemen nicht sichergestellt werden kann | <input type="checkbox"/> der Patient außergewöhnlich hohe O ₂ -Flowraten benötigt |
|---|--|

Diagnosen und Bemerkungen:

--

Geplanter Entlassungstermin: Ansprechpartner Klinik: Durchwahl der Station:

Wir bitten um rasche Kostenübernahme für die o.g. verordneten Hilfsmittel, damit ein sofortiger Therapiebeginn gewährleistet werden kann. Als Lieferanten empfehlen wir die → **Fa. Saegeling Medizintechnik Service- und Vertriebs GmbH** → Fax: 035 29/51 75 37 → Tel.: 035 29/5 62 60

Mit freundlichen Grüßen,

....., den Unterschrift/Stempel