

| | | | |
|---|-------------------|-------------------|---|
| Krankenkasse | | | <h2 style="margin: 0;">Ärztliche Verordnung einer Sauerstofflangzeittherapie</h2> |
| Name, Vorname, Anschrift des Versicherten | | | |
| Geburtsdatum: | | | |
| | | | Verordnungsrelevante Diagnosen (ICD): |
| | | | Entlassung geplant am: |
| Kassen-Nr.: | Versicherten-Nr.: | Status: | Ansprechpartner für Lieferung (Angehörige etc.) |
| Telefonnummer: | | Verordnungsdatum: | |

| Blutgasanalyse Ruhe | Datum: | Datum: | Datum: |
|---|---------------------|---------------------|--------------------------|
| in <input type="checkbox"/> mmHG <input type="checkbox"/> kPA | ohne O ₂ | ohne O ₂ | mit O ₂ Flow: |
| pO ₂ | | | |
| pCO ₂ | | | |
| pH | | | |
| HCO ₂ | | | |
| O ₂ Sättigung | | | |

| | Flow | vor Belastung | nach Belastung |
|-----------------------------|------|-----------------|-----------------|
| Gehtest 6 + O ₂ | | pO ₂ | pO ₂ |
| Gehtest ohne O ₂ | | pO ₂ | pO ₂ |

Es handelt sich um eine palliative Sauerstoffversorgung. Eine BGA ist nicht Bestandteil der Verordnung.

Für die Entlassung ist eine Sauerstofflangzeittherapie zwingend erforderlich.
Es wird empfohlen eine Sauerstoffgabe über:

| Therapiedauer: | In Ruhe: | O ₂ l/min |
|----------------|-------------------------|----------------------|
| Std. / Tag | Unter Belastung: | O ₂ l/min |
| | Im Schlaf: | O ₂ l/min |

Hilfsmittelart:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator stationär 14.24.04.0 | <input type="checkbox"/> Mobiler Sauerstoffkonzentrator für normale Mobilität (Gewicht ca. 2,5kg) 14.24.04.6 |
| <input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoff stationär/mobil bei hoher Mobilität oder hohem O₂-Flow 14.24.05.1 und 14.24.05.2 | <input type="checkbox"/> Tragbares Flaschensystem mit Sparsystem bei stark eingeschränkter Mobilität 14.24.05.0 und 14.24.05.4 |
| <input type="checkbox"/> Inhalationsgerät mit Medikamenten- vernebler für untere Atemwege 14.24.01.0 | <input type="checkbox"/> Flaschenfüllsystem (iFILL, HomeFill) 14.24.04.2 |

Die erforderliche Mitwirkungsbereitschaft für eine Anwendung über mindestens 16 Stunden /Tag ist gegeben.

| | |
|-----------------------------------|--|
| Unterschrift / Stempel des Arztes | Institutionskennzeichen – IKZ / Arztnummer |
|-----------------------------------|--|