

Krankenkasse			<u>Ärztliche Verordnung einer Sauerstofflangzeittherapie</u>
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="radio"/> mmHG <input type="radio"/> kPA	ohne O ₂	ohne O ₂	mit O ₂ Flow:
pO ₂			
pCO ₂			
pH			
HCO ₃			
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: Std. / Tag	In Ruhe:	O ₂ l/min
	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
<u>für normale Mobilität</u> (Gewicht ca. 2,5kg)
14.24.04.6 |
| <input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoff stationär/mobil
<u>bei hoher Mobilität oder hohem O₂-Flow</u>
14.24.05.1 und 14.24.05.2 | <input type="checkbox"/> Tragbares Flaschensystem mit Sparsystem
<u>bei stark eingeschränkter Mobilität</u>
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 |
| | <input type="checkbox"/> PEP Mundsysteme zur Schleimlösung/-elimination
14.24.08.0 |

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

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