

Ärztliche Verordnung einer Sauerstoff-Therapie

Versichertendaten

Nachname:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Straße:	<input type="text"/>	PLZ, Ort:	<input type="text"/>
Geb.-Datum:	<input type="text"/>	Tel.-Nr.:	<input type="text"/>
Ansprechpartner:	<input type="text"/>		
E-Mail:	<input type="text"/>		
Krankenkasse:	<input type="text"/>	Vers.-Nr.:	<input type="text"/>

Entlassungstag: **Eilt! Entlassung nach Versorgung!**

Gemäß den Richtlinien über die Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln wird für eine Sauerstoff-Langzeittherapie folgendes System verordnet:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ein Sauerstoffkonzentrator stationär | |
| <input type="checkbox"/> eine mobile Druckgasflasche | <input type="checkbox"/> mit Demandsystem |
| <input type="checkbox"/> ein Sauerstoffkonzentrator mobil | <input type="checkbox"/> mit Demandsystem |
| <input type="checkbox"/> ein Flüssigsauerstoffsystem
tragbare Einheit ist <u>ohne</u> Demand | <input type="checkbox"/> ein Flüssigsauerstoffsystem
tragbare Einheit ist <u>mit</u> Demand |
| <input type="checkbox"/> eine Füllstation für Sauerstoff-Flaschen | <input type="checkbox"/> mit Demandsystem |
| <input type="checkbox"/> eine O ₂ -Notfalleinheit
(O ₂ -Flasche mit Druckminderer; Patient ist nicht mobil und benötigt 24 Stunden O ₂) | |
| <input type="checkbox"/> <input type="text"/> | |

Diagnose

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> COPD | <input type="checkbox"/> Pulmonale Hypertonie | <input type="checkbox"/> Thoraxwand-Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz | <input type="checkbox"/> Lungenemphysem | <input type="checkbox"/> Lungengerüsterkrankung |
| <input type="checkbox"/> Zystische Fibrose | <input type="checkbox"/> Bronchialcarzinom | <input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> oder: | <input type="text"/> | |

Erforderlicher Flow: Ruhe: l O₂/Min.; Belastung: l O₂/Min.; Nachts: l O₂/Min; über Std.

Weitere Gründe, weshalb eine mobile Sauerstoffversorgung unverzichtbar ist:

- Der Patient verlässt regelmäßig das häusliche Umfeld.
- Der Patient lebt an unterschiedlichen Wohnorten.
- Der Patient kann unter diesen Umständen seinen Beruf weiter ausüben.

Sofern erforderlich: Die Werte einer Blutgasanalyse (BGA) werden aus Datenschutzgründen auf einem separaten Blatt vermerkt.

Provider der Wahl:

Ort, Datum

Unterschrift

Stempel des verordnenden Arztes/Klinikstempel

Bitte senden Sie diese Verordnung per Fax an: **04191 / 95 88 92** oder per E-Mail an: **info@criticalcare.de**
Rückfragen unter Telefon: **04191 / 507 096-0** • Versand der Verordnung im Original bitte umgehend an:
critical care gmbh, Kirchhoffstr. 1-5, 24568 Kaltenkirchen