

Ärztliche Verordnung einer häuslichen Sauerstoffversorgung

Versichertendaten

Name:	_____	Krankenkasse:	_____
Vorname:	_____	Kassennummer:	_____
Straße:	_____	Vers.-Nr.:	_____
PLZ, Ort:	_____	Status:	_____
Geburtsdatum:	_____	Gültig bis:	_____
Entlassungstag:	_____	Tel.-Nr.:	_____
Ansprechpartner:	_____	E-Mail:	_____
<input type="checkbox"/> Eilt! Entlassung nach Versorgung!		Zuzahlungsbefreit:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

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> Demandsystem | <input type="checkbox"/> ein Flüssigsauerstoffsystem
tragbare Einheit ist <u>mit</u> Demandsystem |
| <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"/> _____ | |

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"/> Bronchialcarcinom | <input type="checkbox"/> Neuromuskuläre Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> oder: _____ | | |

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.

Ort, Datum Unterschrift Klinik-/Stations-/Praxisstempel des verordnenden Arztes

Bitte senden Sie diese Verordnung per Fax an: **04191 / 958 892** 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