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

Arzt/Klinik:

Liefererminvereinbarung mit:

Vrsl. Entlassungstermin:

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.

Sauerstoff-Langzeittherapie:

☐ Erwachsener ☐ Pädiatrie mit Flowrate ..... Liter ☐ Palliativ (für 6 Monate - keine BGA notwendig) ☐ Postakut (für 3 Monate)

☐ Sauerstoffkonzentrator
☐ Mobiler O_2-Konzentrator: ☐ Kontinuierlich
☐ Demandfähig **(siehe Einstellwerte BGA)**
☐ Flüssigsauerstoff-System mit tragbarem Gerät (Standard)
Mobilteil: ☐ 0,5 l ☐ 1,2 l
☐ Kontinuierlich ☐ Demandfähig
☐ Tragehilfe ☐ Caddy

☐ Sauerstoffdruckgasflasche ..... Liter inkl. Tragehilfe bzw. Fahrgestell
☐ Druckminderer
(kontinuierliche O_2-Versorgung über eine Sauerstoffdruckgasflasche)
☐ O_2-Sparsystem mit Druckminderer
(gepulste O_2-Versorgung über eine Sauerstoffdruckgasflasche)
☐ Ambubeutel mit Druckminderer >3 l/min.
(ausschließlich für pädiatrische Notfallversorgung)

Im Schlaf/unter NIV: ..... l/min
In Ruhe: ..... l/min Stufe: .....

Therapiezeit/Tag (min.15h/tgl.): ..... h
Mobilität: ☐Ja ☐Nein
Mobilität/Tag: ..... h

Bitte ausfüllen, wenn Patient/Patientin Demandfähig:

Belastungstest erfolgte mit Gerät: ..... Stufe: .....

Eines oder mehrere der folgenden Kriterien sind erfüllt:

☐PaO_2 in Ruhe < 55 mmHg
☐PaO_2 in Ruhe zwischen 55 u. 60 mmHg u. klinische Zeichen eines Cor Pulmonale und/oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie

☐Abfall des PaO_2 unter 55 mmHg bei körperlichen Belastungen, die Aktivitäten des täglichen Lebens entsprechen
☐Hypoxämie während des Schlafes

BGA (Partialdrücke in mmHg)	in Ruhe			bei Belastung (6-Minuten-Gehtest)		
	PaO_2	$PaCO_2$	pH	PaO_2	$PaCO_2$	pH
ohne O_2						
mit O_2 in _ l/min.						
mit O_2-Sparsystem						

Flüssigsauerstoff-System ist erforderlich, weil:

☐eine hinreichende Mobilität des Patienten gegeben bzw. angestrebt ist, die mit anderen Systemen nicht sichergestellt werden kann

☐der Patient außergewöhnlich hohe O_2-Flowraten benötigt

Diagnosen und Bemerkungen:

Ansprechpartner Klinik: ..... Durchwahl der Station: .....

Wir bitten um rasche Kostenübernahme für die o.g. verordneten Hilfsmittel, damit ein sofortiger Therapiebeginn gewährleistet werden kann.

Mit freundlichen Grüßen,

....., den ..... Unterschrift/Stempel .....

CORDAMED

Cordamed GmbH
Ernst-Thälmann-Straße 30
01809 Heidenau

Telefon: 0 35 29 / 52 17 80
Telefax: 0 35 29 / 52 17 82
E-Mail: sauerstoff@cordamed.de

Hier können Sie unsere Verordnungs-vorlage herunterladen: