



AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Adresse des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	Betriebsstätten-Nr.		Datum			

Arzt/Klinik (Stempel)	
Zuständiger Arzt	
Angehörige	Telefon
Entlassung geplant am	
Absprache des Liefertermins mit (Telefon)	

Ärztliche Verordnung.

Patienten-Monitoring.

Die o.g. Patientin/der o.g. Patient ist seit dem _____ in unserer stationären Behandlung. Der Zustand der Patientin/des Patienten hat sich soweit stabilisiert, dass eine Entlassung nach Hause erfolgen kann. Zur Entlassung verordnen wir aufgrund der nachfolgend aufgeführten Diagnosen die genannten Hilfsmittel für die häusliche Versorgung.

Diagnosen: _____

Notwendige Hilfsmittel

- Pulsoximeter ohne Atmungsüberwachung
- Herz-Atem-Monitor
- Herz-Atem-Monitor mit Pulsoximetrie
- Beatmungsbeutel für Säuglinge/Kinder

Sonstiges _____

Erforderliches Zubehör

- Alkoholpads (100 Stück)
- Klettbander (2 Stück)
- Elektroden (120 Stück, 40x 3er Satz rot, gelb, schwarz)
- Sensoren (10 Stück)
- Dauersensor

Einstellwerte Alarmer:

Atmungspause	Minimale Herzfrequenz	Maximale Herzfrequenz	Untergrenze SpO ₂	Obergrenze SpO ₂
Vorgabe in sek	Vorgabe in bpm	Vorgabe in bpm	Vorgabe in %	Vorgabe in %

Sauerstoff-Langzeittherapie

Blutgasanalyse Cor pulmonale Polyglobulie

Es wurden folgende **Partialdrücke (in mmHG)** gemessen:

	in Ruhe				bei Belastung (bei Bedarf)			
 w				Gehstrecke m min			
	PA O ₂	PA CO ₂	ph	SA O ₂	PA O ₂	PA CO ₂	ph	SA O ₂
ohne O ₂	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
mit O ₂	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Für die Therapie ist folgender Sauerstofffluss erforderlich: in Ruhe l/min bei Belastung l/min nachts l/min

Versorgungsform

- Flüssigsauerstoffsystem (Standbehälter + Tragebehälter)
 - T 1,2 l oder T 0,5 l
- Sauerstoffkonzentrator
- Stahlflasche 2 Liter

E-Mail-Adresse Klinik/Arzt für Lieferrückmeldung: _____

Leistungserbringer

Klinik/Arzt

Stempel/Unterschrift