

Krankenkasse	Versicherten-Nr.
Name, Adresse des Versicherten	
geb. am	

Arzt	
Entlassung am	
Ansprechpartner – Lieferort	Telefon

Alternative Lieferung	<input type="checkbox"/> Reha	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
Adresse		

# Ärztliche Verordnung.

## Für eine Langzeit-Sauerstofftherapie.

Bei der o.g. Patientin/dem o.g. Patienten liegt eine chronische Erkrankung vor. Trotz stabilisiertem Zustand der Erkrankung und unter adäquater Pharmakotherapie besteht eine arterielle Hypoxämie.  Palliativsituation

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_

### Blutgasanalyse:

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

	in Ruhe ohne O <sub>2</sub>	in Ruhe mit O <sub>2</sub>	bei Belastung mit O <sub>2</sub>	Liter/Stufe pro Minute
PA O <sub>2</sub>				
PA CO <sub>2</sub>				
SA O <sub>2</sub>				

### Mobilität:

voraussichtliche, durchschnittliche mobile Nutzung des Gerätes: ca. .... h/tgl.

Mobilität außer Haus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Reisen beabsichtigt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Treppensteigen notwendig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rollstuhlbesitzer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

bei Belastung ..... w ..... Gehstrecke m ..... min

### Für die Therapie ist folgender Sauerstofffluss erforderlich:

in Ruhe ..... l/min	bei Belastung ..... l/min	nachts ..... l/min	Applikationsdauer ..... h/Tag
Einstellung Demandsystem	in Ruhe Stufe .....	bei Belastung Stufe .....	
<input type="checkbox"/> Patient ist demandfähig	<input type="checkbox"/> Patient ist nicht demandfähig		

### Versorgungsform stationär

Sauerstoffkonzentrator (0–5 l)

### Versorgungsform teilmobil

- Sauerstoffflasche 2 l mit Druckminderer
- HomeFill System  
(Konzentrator + Sauerstoffflasche 1,7 l mit Demandsystem)
- portabler Konzentrator Typ: .....  
(POC mit integriertem Sparsystem)

### Zubehör für mobile Versorgungsformen

- Demandsystem
- Tragehilfe

### Versorgungsform mobil

- Flüssigsauerstoffsystem (Standbehälter + Tragebehälter)  
 T 1,2 l oder  T 0,5 l
- Flüssigsauerstoffsystem mit integriertem Demandsystem  
Typ: .....

### Das oben angeführte Sauerstoffsystem wird verordnet, weil:

- eine hinreichende Mobilität des Patienten gegeben ist, die mit tragbaren Druckflaschen oder anderen Systemen nicht ausreichend sichergestellt werden kann.
- der Patient außergewöhnlich hohe Sauerstoffflussraten benötigt.
- Sonstiges:

E-Mail-Adresse Klinik/Arzt für Lieferrückmeldung: \_\_\_\_\_

### Versorger

Linde Gas Therapeutics GmbH Linde Healthcare Mittenheimer Straße 62, 85764 Oberschleißheim  <b>Fax 089.37000-37222</b> <b>089.37000-37300</b>
--

### Klinik/Arzt

Stempel/Unterschrift
----------------------