



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

Arzt	
Entlassung am	um <input type="checkbox"/> bereits zu Hause
Lieferung am (falls abweichend)	
Ansprechpartner – Lieferort	Telefon (wenn möglich Mobilfunknummer angeben)
Alternative Lieferung	<input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
Adresse	

Verordnung Sauerstofftherapie. Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse.

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.

Diagnosen: _____

Palliativsituation

Blutgasanalyse

	in Ruhe ohne O ₂	in Ruhe mit O ₂	bei Belastung mit O ₂	Liter pro Minute
nicht möglich	_____	_____	_____	_____
PA O ₂	_____	_____	_____	_____
PA CO ₂	_____	_____	_____	_____

Empfohlene Sauerstoffzufuhr (Therapie-Flow)

	Ruhe	Belastung	Schlaf
Liter pro Minute	_____	_____	_____
Stufe (Bolus im Demandmodus)	_____	_____	_____

Therapiedauer h/Tag	Mobilität (außer Haus) h/Tag
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	Rollatorbesitzer <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bemerkungen

Flüssigsauerstoffsystem (Standbehälter und mobiles Tragegerät)
 Patient ist nicht demandfähig Patient ist demandfähig

Sauerstoffkonzentrator (stationäres Dauerflowgerät)

Mobiler Konzentrator POC (2,5 kg, portables Demandgerät mit Tasche)
Gerätetyp/Name: _____

Mobiler Konzentrator TOC (ab 5 kg, Demand+ Dauerflowgerät, mit Caddy)

Druckgasflasche 2 Ltr. 10 Ltr.

Sonstiges _____

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

Leistungserbringer

Klinik/Arzt

Ausstelldatum/Stempel/Unterschrift