

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Adresse

ÄRZTLICHE VERORDNUNG

FÜR MEDIZINTECHNISCHE HILFSMITTEL BEI ATEMWEGSERKRANKUNGEN

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

Blutgasanalysen	ohne O ₂ _____	ohne O ₂ _____	mit _____ Liter O ₂ / min	Therapiewerte für den Patienten
bei O ₂ -Langzeittherapie	Datum _____	Datum _____	Datum _____	
pO ₂	_____	_____	_____	_____ O ₂ -l/min
pCO ₂	_____	_____	_____	_____ Std./Tag
pH	_____	_____	_____	

Für die Therapie ist folgender Sauerstoff-Fluss erforderlich:

in Ruhe: _____ l / min bei Belastung: _____ l / min nachts: _____ l / min

Diagnose:

Folgendes Applikationssystem wird verordnet:

Stationäre Sauerstoffversorgung

- Konzentrator
- Flüssig-Sauerstoff
- Flüssig mit Sparsystem

Mobile Sauerstoffversorgung

- tragbare Stahlflasche
- tragbare Leichtflasche
- 10 l Flaschensystem / Notfalleinheit
- Sonstiges _____
- Sparsystem
- Rücktragehilfe
- Caddy

Ein Flüssig-Sauerstoff-System ist erforderlich, weil

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

Wir empfehlen die Hilfsmittelversorgung durch ein auf Sauerstoff-Versorgung spezialisiertes Unternehmen, z. B. AIR PRODUCTS MEDICAL GmbH vornehmen zu lassen.

Wir bitten baldmöglichst um eine Kostenübernahme für das verordnete Hilfsmittel, um der Patientin / dem Patienten den frühestmöglichen Therapiebeginn zu ermöglichen.

Unterschrift des Arztes

Vertragsarztstempel