



**Bitte füllen Sie die Verordnung vollständig aus
und faxen Sie diese zur Bearbeitung an:**

Air Products Medical GmbH
Rensingstraße 15
44807 Bochum

Service-Fax: 0 18 02 / 27 46 33 (6 ct. pro Fax)
Service-Telefon: 0 800 / 5 25 02 74 (kostenfrei)

Wir benötigen:
**Ärztliche Verordnung für
Sauerstoff-Langzeittherapie**

Absender/Stempel

Anzahl:

kontakt@airproductsmedical.de

tell me more

www.airproducts.de/homecare

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

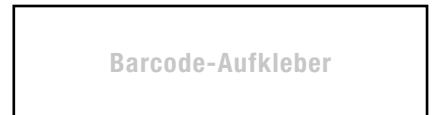
geplantes Entlassungsdatum									
Lieferanschrift									
Straße, Hausnummer									
PLZ, Wohnort									
Kontaktperson									
Tel.-Nr.					Mobil Nr.				

Wird nach Hause entlassen Sonstiges: _____

Kontaktperson: _____ Telefon: _____

ÄRZTLICHE VERORDNUNG

SAUERSTOFF-LANGZEITTHERAPIE



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

Diagnosen: _____

<input type="checkbox"/> Patient ist demandfähig	Blutgasanalysen			Therapiewerte für den Patienten
	ohne O ₂	ohne O ₂	mit _____ Liter O ₂ / min	
	bei O ₂ -Langzeittherapie	Datum _____	Datum _____	Datum _____
	pO ₂	_____	_____	_____ O ₂ -l/min
	pCO ₂	_____	_____	_____ Std./Tag
	pH	_____	_____	_____

Gehstrecke ohne Sauerstoffinsufflation: _____ m min. SaO₂: _____ %

Gehstrecke mit Sauerstoffinsufflation von: _____ L/min. _____ m min. SaO₂: _____ %

Das Sparsystem wird mit folgender Stufe eingestellt: Einstellung: _____

Patient ist außerhalb der Wohnung mobil ja nein Reisen beabsichtigt ja nein

Treppensteigen notwendig ja nein Rollstuhlbesitzer ja nein

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

Für die Therapie ist folgender Sauerstoff-Fluss erforderlich: in Ruhe: _____ l / min bei Belastung: _____ l / min nachts: _____ l / min

Folgendes Applikationssystem wird verordnet:

Sauerstoffversorgung

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> stationärer Konzentrator | <input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoff mit Trageeinheit |
| <input type="checkbox"/> portabler Konzentrator (POC mit integr. Sparsystem) | <input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoff mit Trageeinheit und Sparsystem |
| <input type="checkbox"/> tragbares Sauerstoffflaschen-System (kontinuierlicher Fluss) | <input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoff |
| <input type="checkbox"/> tragbares Sauerstoffflaschen-System (Sparsystem) | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> Self-Fill-System mit Sauerstoffflasche (kontinuierlicher Fluss) | |
| <input type="checkbox"/> Self-Fill-System mit Sauerstoffflasche (Sparsystem) | Notfallversorgung |
| | <input type="checkbox"/> 10 Liter Flaschensystem |

Das oben angeführte Sauerstoff-System 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 Sauerstoff-Flussraten benötigt.
- Sonstiges _____

Ort, Datum _____ Stempel und Unterschrift des Arztes _____

Wir empfehlen die Hilfsmittelversorgung durch ein auf die medizinische Versorgung spezialisiertes Unternehmen, z.B. Air Products Medical GmbH, durchführen zu lassen.