

Krankenkasse bzw. Kostenträger Datum

Name, Vorname und Anschrift des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr.

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr.

Verordnung Sauerstofftherapie

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse/-versicherung

ResMed Medizintechnik GmbH, Gewerbepark 1, 91350 Gremsdorf
T 09193 6331-0 F 09193 6331-20 E Beatmung@ResMed.de

Entlassung am: _____ **an:** Privatanschrift Pflegeadresse

Kontaktperson mit Handy bzw. Festnetznummer / Lieferadresse:

Diagnose: _____

Aus medizinischer Sicht besteht bei der Patientin/dem Patienten die Indikation für eine **Sauerstoff-Langzeit-Therapie (LOT)**.

Ein oder mehrere der nachfolgenden Kriterien sind erfüllt:

- Ruhe PaO₂ ≤ 55 mmHg
- Ruhe PaO₂ 55 – 60 mmHg bei Cor pulmonale und/oder Polyglobulie
- PaO₂ unter Belastung ≤ 55 mmHg
- Hypoxämie im Schlaf

Blutgasanalyse	PaO ₂ ohne O ₂	PaCO ₂ ohne O ₂	SaO ₂ ohne O ₂	PaO ₂ mit O ₂	PaCO ₂ mit O ₂	SaO ₂ mit O ₂
in Ruhe						
unter Belastung						

Blutgasanalyse (BGA) entfällt:

- Patient erhält bereits LOT
- Hypoxämie im Schlaf
- Palliative O₂ Versorgung
- Clusterkopfschmerz
- Pädiatrie
- Keine diagnostische Möglichkeit eine BGA durchzuführen

Hinweis: Sofern erforderlich, sind die Werte der BGA aus Datenschutzgründen vom Medizinischen Dienst beim Verordner anzufordern.

Langzeit-Sauerstoff-Therapie (LOT) erforderlich: **nachts (ca. 8 Std.)** **mindestens _____ Std. tagsüber**

Erforderlicher **Sauerstoff-Fluss von _____ l/min in Ruhe, _____ l/min unter Belastung, _____ l/min nachts**

- Eine mobile/tragbare Sauerstoff-Versorgung ist erforderlich**, um die tägliche Mobilität des Patienten zu erhalten, die Belastungshypoxämie zu verbessern und möglichst lange Therapiezeiten zu erreichen.

Mobilität außer Haus: nein ja _____ Std./Tag **Demandfähigkeit vorhanden:** nein ja Demandstufe: _____

Die Titration erfolgte mit dem Gerät _____

Folgendes Therapiegerät wird verordnet inklusive Verbrauchsmaterialien (Sauerstoffnasenbrillen, Adapter, Sauerstoffschlauch):

<input type="checkbox"/> stationärer Konzentrator	<input type="checkbox"/> Druckgasfülleinheit	<input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoff stationär	<input type="checkbox"/> Sauerstoff-Druckgasflasche
<input type="checkbox"/> mobiler/tragbarer Konzentrator inkl. Tragetasche	inkl. 2 tragb. Sauerstoffflaschen und Tragetasche	<input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoff mobil, tragbar inkl. Tragetasche	<input type="checkbox"/> für Mobilität inkl. Tragetasche und Caddy
<input type="checkbox"/> Pädiatrie		<input type="checkbox"/> Pädiatrie	<input type="checkbox"/> mit Druckminderer für Konstantflow
			<input type="checkbox"/> mit Sparventil für Demandflow
			<input type="checkbox"/> als Notfallversorgung

Weitere Bemerkungen: _____

Wir bitten Sie um zeitnahe Kostenübernahme für die verordneten Hilfsmittel und bedanken uns im Namen Ihres Versicherten.

Arzt Adresse/Stempel:

x

Datum und Unterschrift Arzt

Gilt nur für Privatversicherte: Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die ärztliche Verordnung und die in diesem Formular enthaltenen Daten sowie auch künftig erfasste Daten z.B. zur Gerätenutzung, Wartung ausschließlich zum Zwecke meiner Versorgung und zur Kostenabrechnung an meine Krankenversicherung weitergegeben werden. Die von mir nachstehend abgegebene Erklärung erfolgt freiwillig. Ich bin daraufhingewiesen worden, dass mir bei Nichtabgabe oder Widerruf der Einwilligungserklärung von mir bezogene Medizinprodukte in Rechnung gestellt werden können.

Ja Nein Nicht erforderlich

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in