

Ärztliche Verordnung Clusterkopfschmerztherapie

Dient als Vorlage bei der Krankenkasse!



☐ Erstversorgung ☐ Weiterversorgung

Patientendaten:

Vor- u. Zuname: _____ Krankenkasse: _____

Straße: _____ Tel. Nr.: _____

PLZ/Ort: _____ Vers. Nr. / Geb. Datum: _____

Bei der o.g. Patientin/dem o.g. Patienten besteht die Indikation zur Clusterkopfschmerztherapie gemäß den Richtlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie und der EFNS.

Versorgungsdatum: _____

Diagnose: _____

☐ **Clusterkopfschmerztherapie** bestehend aus:

→ 10-l-Flasche mit medizinischem Sauerstoff für die stationäre Behandlung mit integriertem Ventil inkl. Flaschenwagen

→ 2-l-Flasche mit medizinischem Sauerstoff für die mobile Behandlung mit integriertem Ventil

→ Tragetasche

→ 2 Stück Sauerstoffmasken ohne Rückatmung

Empfohlener Sauerstoffbedarf: _____ l/min.

Verordnungen sind ärztliche Dokumente und dürfen durch unsere Mitarbeiter nicht verändert und/oder ergänzt werden. Wir sind daher angehalten, fehlende Angaben vom Arzt anzufordern. Wir bitten um Kostenübernahme für o.a. verordnetes Arzneimittel. Zulassungsnummer: 1-26092.

Ansprechpartner: _____

Tel. Nr. (der Abteilung): _____

Datum, Unterschrift: _____

Stempel