

Ärztliche Verordnung Kurzzeitsauerstofftherapie

Dient als Vorlage bei der Krankenkasse!



☐ Erstversorgung ☐ Weiterversorgung ☐ Umstellung

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 Kurzzeitsauerstofftherapie gemäß den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie.

Versorgungsdatum: _____

Diagnose: _____

☐ Medizinischer Sauerstoff in Gasflaschen inkl. Flaschenwagen.

Der/Die PatientIn benötigt innerhalb des Wohnbereichs max. 3 Stunden Sauerstoff.

→ Für die Verordnung einer Sauerstoffflasche sind keine Blutgaswerte notwendig!

Empfohlener Sauerstoffbedarf: _____ l/min.

Anwendungsdauer: _____ Std./Tag.

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