



Ärztliche Verordnung Langzeitsauerstofftherapie

Kontakt
Fax: 050 4273 2260
Tel.: 050 4273 2200

Dient als Vorlage bei der Krankenkasse!

Erstversorgung Weiterversorgung Umstellung

Patientendaten:

Vor- u. Zuname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Bei der o.g. Patientin/dem o.g. Patienten besteht die Indikation zur Sauerstofflangzeittherapie gemäß den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie.

Diagnose: _____

Krankenkasse: _____

Tel. Nr.: _____

Vers. Nr./Geb. Datum: _____

Versorgungsdatum: _____

Folgende Blutgaswerte wurden ermittelt:

ohne O ₂ -Gabe	PaO ₂ (mmHg)	SaO ₂ (%)	AaDO ₂ (mmHg)
_____	_____	_____	_____

in Ruhe	_____	_____	_____
unter Belastung (0,5 Watt/kg)	_____	_____	_____

mit O ₂ -Gabe	PaO ₂ (mmHg)	SaO ₂ (%)	AaDO ₂ (mmHg)
_____	_____	_____	_____

in Ruhe	_____	_____	_____
unter Belastung (0,5 Watt/kg)	_____	_____	_____

Flüssigsauerstoffsystem (mit tragbaren Einheiten):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Standard System:
(kontinuierliche Abgabe) | <input type="checkbox"/> Demand System:
(inspirationsgetriggerte A.) |
| <input type="checkbox"/> topfill | <input type="checkbox"/> getriggert |
| <input type="checkbox"/> sidefill | <input type="checkbox"/> getriggert/kontinuierlich |

Sauerstoffkonzentrator:

- Standkonzentrator inkl. Zubehör (Patient ist nicht mobil)
- Kombination: Stand- und mobiler Konzentrator
Einstellung (mobiler Konzentrator): _____

Der/Die PatientIn ist mobil: Ja Nein

Empfohlener Sauerstoffbedarf: In Ruhe _____ l/min. Bei Belastung _____ 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: