

Ärztliche Verordnung Langzeitsauerstofftherapie

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 Langzeitsauerstofftherapie gemäß den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie.

Versorgungsdatum: _____

Diagnose: _____

Folgende Blutgaswerte wurden ermittelt:

ohne O₂-Gabe PaO₂ (mmHg) SaO₂ (%) AaDO₂ (mmHg)

mit O₂-Gabe PaO₂ (mmHg) SaO₂ (%) AaDO₂ (mmHg)

in Ruhe _____

in Ruhe _____

unter Belastung _____

unter Belastung _____

(0,5 Watt/kg) _____

(0,5 Watt/kg) _____

Flüssigsauerstoffsystem (mit tragbaren Einheiten):

- | | |
|---|---|
| ☐ Standard System:
(kontinuierliche Abgabe) | ☐ Demand System:
(inspirationsgetriggerte A.) |
| ☐ topfill | ☐ getriggert |
| ☐ sidefill | ☐ getriggert/kontinuierlich |

Sauerstoffkonzentrator:

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

Der/Die PatientIn ist mobil: Ja ☐ Nein ☐

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

☐ Palliative Versorgung

Anmerkungen: _____

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

