

Krankenkasse / Vers.-Nr.
Name, Anschrift

**Dauerverordnung**

Arzt/Klinik / Praxis .....

.....

Betriebsstättennummer: .....

Arztnummer: .....

Entlassung geplant am: .....

Angehörige / Tel.: .....

**ÄRZTLICHE VERORDNUNG FÜR EINE SAUERSTOFF-LANGZEITTHERAPIE**

Bei o.g. Patienten/in besteht die Indikation für die Sauerstoff-Langzeit-Therapie, gemäß der Empfehlung der DGP.

**1.) Diagnose / Begründung:** .....

- Die Diagnose „Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert“ (ICD J96.1) liegt bereits gesichert vor.
- Ruhe PaO<sub>2</sub> ≤ 55 mmHG (7,3 kPa)
- Ruhe PaO<sub>2</sub> zwischen 55 und 60 mmHG und klinische Zeichen eines Cor pulmonale und/oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie (HK ≥ 55%. Hb ≥ 18g/dl)
- Abfall des PaO<sub>2</sub> auf weniger als 55 mmHG bei körperlicher Belastung, welche den Aktivitäten des tägl. Lebens entspricht.
- Hypoxämie während des Schlafes
- Palliativ-Versorgung (gemäß Leitlinie zu LTOT ist eine BGA nicht erforderlich)

**2.) Es wurden folgende Blutgaswerte festgestellt:**

in Ruhe				bei Belastung					
ohne O <sub>2</sub> -Zufuhr	PaO <sub>2</sub> .....	PaCO <sub>2</sub> .....	SaO <sub>2</sub> .....	pH .....	PaO <sub>2</sub> .....	PaCO <sub>2</sub> .....	SaO <sub>2</sub> .....	pH .....	
mit O <sub>2</sub> -Zufuhr .....	l/min.	PaO <sub>2</sub> .....	PaCO <sub>2</sub> .....	SaO <sub>2</sub> .....	pH .....	PaO <sub>2</sub> .....	PaCO <sub>2</sub> .....	SaO <sub>2</sub> .....	pH .....

Der Patient ist demandfähig (Sparventil)     ja     nein     nicht getestet

**3.) Für die Therapie ist folgender Sauerstoff-Fluss erforderlich:**

in Ruhe: ..... l/min.                      bei Belastung: ..... l/min.                      im Schlaf: ..... l/min.

Therapiedauer: ..... h/Tag                      Mobilitätsziel > Radius 15m ..... h/Tag

**4.) Folgendes Therapiesystem wird verordnet:**

- Sauerstoff-Konzentrator
- Flaschenfüllsystem
- tragbarer Sauerstoffkonzentrator: .....
- Sauerstoffdruckgasflasche, tragbar, 2 Liter     Demandsystem     Druckminderer

**LOX:**

- Flüssigsauerstoff-System Vollversorgung
- Flüssigsauerstoff-System Teilversorgung (1 Füllung pro Monat)

**Ein Flüssigsauerstoffsystem ist erforderlich weil:**

- eine hinreichende Mobilität des Patienten gegeben bzw. angestrebt ist, die mit anderen Systemen nicht sichergestellt werden kann
- die Patientin/ der Patient hat außergewöhnlich hohe O<sub>2</sub>-Flowraten

Über mein Wahlrecht i.R. des §33 Abs. 6 SGB V; §33 SGB I, GG Art. 2 Abs. 2 wurde ich ausreichend informiert. Die Vergabe der ärztlichen Verordnung an Pielmeier Medizintechnik GmbH erfolgt auf meinen Wunsch.

.....  
Datum, Unterschrift Patient

Wir bitten um die Kostenübernahme für das verordnete Hilfsmittel, damit die Therapie zum nächsten möglichen Zeitpunkt begonnen werden kann.

.....  
Datum, Unterschrift/Stempel Arzt