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. Patientin / Patienten besteht die Indikation für die Sauerstoff-Langzeittherapie gemäß der Empfehlung der DGP.

1.) Diagnose / Begründung:.....

.....

- ☐ Die Diagnose „Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert" (ICD J96.1) liegt bereits gesichert vor.
- ☐ Ruhe $PaO_2 \leq 55$ mmHg (7,3 kPa)
- ☐ Ruhe PaO_2 zwischen 55 und 60 mmHg und klinische Zeichen eines Cor pulmonale und/oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie (HK ≥ 55 %. Hb ≥ 18 g/dl)
- ☐ Abfall des PaO_2 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_2-Zufuhr	PaO_2	$PaCO_2$	SaO_2	pH.....	PaO_2	$PaCO_2$	SaO_2	pH.....
mit O_2-Zufuhr ..... l/min	PaO_2	$PaCO_2$	SaO_2	pH.....	PaO_2	$PaCO_2$	SaO_2	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 > 15 m) ..... h/Tag

4.) Folgendes Therapiesystem wird verordnet:

- ☐ Sauerstoffkonzentrator, stationär (14.24.06.0)
- ☐ Flaschenfüllsystem (14.24.04.2)
- ☐ Mobiler Sauerstoffkonzentrator mit Dauerflow und Demandsystem (14.24.06.4)
- ☐ Tragbarer Sauerstoffkonzentrator Demandsystem (14.24.06.1): .....

5.) Flüssigsauerstoff / LOX (14.24.05.1)

- ☐ 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 außergewöhnlich hohe O_2-Flowraten hat

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

.....
Datum, Unterschrift Patient

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

.....
Datum, Unterschrift / Stempel Arzt

Wir empfehlen: Fa. Pielmeier Medizintechnik GmbH • Wallbergstraße 7 • 82024 Taufkirchen

Verordnung bitte per Fax an 089 6780 5589 19 bzw. 0800 6786 000 (gebührenfrei) oder per E-Mail an: verordnung@pmt-med.de