Verordnung für Sauerstofflangzeittherapie

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Kostenträger	Anschrift Klinik/Arzt **Arzt-Nr.:** _____ **Betriebsstätten-Nr.:** _____

Patientendaten

Name, Vorname	Straße PLZ Ort
Geburtsdatum Versichertennummer	Telefon
Angehörige/Pflegeeinrichtung Telefon	Abweichende Lieferanschrift

Diagnosen

Bei dem/der oben genannten Patienten/-in wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Es besteht die Indikation, gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie, für eine Langzeit-Sauerstofftherapie. Nachdem alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, liegt eine arterielle Hypoxämie vor. Diagnosen siehe oben.

Verordnet wird eine Sauerstoffgabe über _____ Stunden/Tag bei einer Flussrate von _____ l/min. in Ruhe und _____ l/min. bei Belastung.

(Als empfehlenswerte Richtwerte gelten mind. 16 Stunden/Tag bei einer Flussrate von mindestens 2 l/min.)

Mobilitätsdauer_____Stunden/Tag Patient demandfähig ☐ ja ☐ nein

Blutgasanalyse	mmHg ohne Sauerstoff	mmHg ohne Sauerstoff	mmHg mit Sauerstoff	Normwerte	Bemerkungen
Datum					
pO_2				65 – 95 mmHg	
pCO_2				35 – 45 mmHg	
pH				7,35 – 7,45	

Geplanter Entlassungstermin:

_____ **!**

Diese Verordnung dient nicht der Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach Ardenne bzw. deren Varianten. Der Patient ist Nichtraucher bzw. hat den Nikotinkonsum eingestellt. Die erforderliche Mitwirkung ist gegeben.

Begründung:

Der/die oben genannte Patient/-in ist auch eine kontinuierliche Sauerstoffzufuhr angewiesen, sowohl in Ruhe als auch unter Belastung. Um weitere Klinikaufenthalte zu vermeiden und Folgeerkrankungen durch Bewegungsmangel zu mindern sowie die Lebensqualität zu verbesseren, verordne ich:

- ☐ Flüssigsauerstoff mit Sparsystem HMV 14.24.05.1 / 14.24.05.2
- ☐ Sauerstoffkonzentrator stationär HMV 14.24.04.0
- ☐ Mobiles Sauerstoffsparsystem HMV 14.24.05.7 und 14.24.05.8
- ☐ Sauerstoffkonzentrator mobil HMV 14.24.04.6

Ein Flüssigsauerstoffsystem (LOX) ist begründet, weil:

- ☐ Eine sehr hohe Mobilität gegeben ist. (größer 4 Std./Tag)
- ☐ Eine sehr hohe Flussrate benötigt wird. (über 4 l/min.)
- ☐ Die Sauerstoffleitungen eine hohe Stolper- und damit Verletzungsgefahr für den Patienten darstellen.

Datum Stempel/Unterschrift Arzt

Name in Blockbuchstaben: _____

Stand: 03/2020

Bitte vor dem Faxversand hier abtrennen! Bitte vor dem Faxversand hier abtrennen!

LUCHS MEDIZIN

- Flüssigsauerstoff
- Sauerstoff
- Beatmung
- Tracheostomie
- Monitoring
- Inhalation

Diese Verordnung bitte vorab per Fax an

(0 51 27) 40 93 89 9

Postanschrift
LUCHS Medizin GmbH & Co. KG
Siemensstraße 5; 31177 Harsum
Tel.: (0 51 27) 40 93 89 0 oder freecall: (08 00) 5 82 47 00