

Ärztliche Verordnung und Antrag auf Kostenübernahme für eine Sauerstoff-Langzeittherapie

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Arzt/Klinik
(Stempel erforderlich)

Entlassung/Versorgung geplant am:	Absprache Liefertermin mit Station (Tel.-Nr.):
Angehörige (Tel.-Nr.)	Rücksendefax-/Telefon zur Versorgungsbestätigung:

Ärztliche Verordnung über Sauerstoff-Langzeittherapie zur Vorlage bei der Krankenkasse

Bei o.g. Versicherten besteht nach Ausschöpfen aller medikamentösen Therapiemöglichkeiten die Indikation zu einer Sauerstoff-Langzeittherapie, gemäß Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie.

Hauptdiagnose zur Indikation der Sauerstoff-Langzeittherapie nach ICD-10-GM: _____

Weitere therapierelevante Diagnosen: _____

Folgende Kriterien sind gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie erfüllt:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ruhe- $P_aO_2 \leq 55$ mmHg (7,3 kPa) | <input type="checkbox"/> Hypoxämie im Schlaf |
| <input type="checkbox"/> Abfall des $P_aO_2 \leq 55$ mmHg (7,3 kPa) bei körperlicher Belastung | <input type="checkbox"/> Cor pulmonale/Polyglobulie |
| <input type="checkbox"/> Ruhe- P_aO_2 50-60 mmHg (6,7-8 kPa) | |

Palliativsituation: Ja Nein

Blutgasanalysen:

Datum	pH	P_aCO_2 [mmHg]	P_aO_2 [mmHg]	S_aO_2 [%]	unter Belastung		Zugabe von O_2
					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____ Liter/min
					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____ Liter/min
					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____ Liter/min
					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____ Liter/min
					<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	_____ Liter/min

Therapie-Parameter:

Flussrate in **Ruhe:** _____ Liter/min

Flussrate unter **Belastung:** _____ Liter/min

Anwendungsdauer: _____ Std. pro Tag

Demandsystem, die Demandfähigkeit wurde getestet Ja Nein

Tgl. Mobilität: _____ Std.

Art der Mobilität: Patient...

- ist nur in der Wohnung mobil
 hat sonstige Aktivitäten außer Haus
(Beruf, Garten, Hund o.ä.)

Versorgungsart:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator | <input type="checkbox"/> zusätzlich mit tragbarem Sauerstoffkonzentrator mit | <input type="checkbox"/> Demandflow |
| <input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoffsystem, Standbehälter mit | <input type="checkbox"/> zusätzlich mit transportablem Sauerstoffkonzentrator mit | <input type="checkbox"/> Demandflow <input type="checkbox"/> Continuous Flow |
| <input type="checkbox"/> Tragebehälter 0,5 L | <input type="checkbox"/> Tragebehälter 1,2 L | <input type="checkbox"/> Tragebehälter 1,2 L* |
| <input type="checkbox"/> Sauerstoff-Druckgasflasche, 2 Liter mit Druckminderer | <input type="checkbox"/> und Demandsystem | <input type="checkbox"/> Tragebehälter 0,6 L* <input type="checkbox"/> Tragebehälter 0,3 L* |
| <input type="checkbox"/> Funktionstasche | <input type="checkbox"/> Funktionsrucksack | <input type="checkbox"/> Caddy |
| <input type="checkbox"/> _____ | | |

* mit integriertem Demandsystem. Demandfähigkeit getestet.

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

(Name des/r Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben)

Unterschrift (ggf. Stempel)