

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



NRI Medizintechnik GmbH
 Eversbuschstr. 194 b
 80999 München
 Tel.: 089 - 81 888 100
 Fax: 089 - 81 221 10
 E-Mail: vo@nri-med.de
 www.nri-med.de

Telefonnummer Patient: _____

Entlassdatum: _____

Ärztliche Verordnung für Langzeit-Sauerstofftherapie bei Patienten mit chronischer Hypoxämie

Diagnose: _____

Bei o. g. Patientin /Patienten besteht die Indikation zur Langzeit-Sauerstofftherapie gemäß den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Pneumologie. Alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten wurden ausgeschöpft.

Es handelt sich um eine Palliativtherapie, deshalb ist die BGA nicht Bestandteil dieser Verordnung.

	In Ruhe				Unter Belastung			
	PaO ₂	PaCO ₂	pH	SaO ₂	PaO ₂	PaCO ₂	pH	SaO ₂
ohne O ₂	mmHg	mmHg		%	mmHg	mmHg		%
mit _____ l/Min O ₂	mmHg	mmHg		%	mmHg	mmHg		%

Zur Fortsetzung der Therapie im nachstationären Bereich werden folgende Hilfsmittel empfohlen:

<input type="radio"/> Stationärer Konzentrator keine Mobilität (bis max 5 l/Min) inkl. benötigtes Verbrauchsmaterial	<input type="radio"/> Mobiler Konzentrator 4 h/Tag Mobilität (bis max 3 l/Min) inkl. benötigtes Verbrauchsmaterial	<input type="radio"/> Flüssigsauerstoff Vollversorgung (Tank und mobile Flüssigsauerstoffeinheit bei höheren Flussraten als bei Konzentratoren) inkl. benötigtes Verbrauchsmaterial	<input type="radio"/> Flüssigsauerstoff Teilversorgung (stationärer Konzentrator und mobile Flüssigsauerstoffeinheit / bei mobilem Bedarf über 3 l/Min) inkl. benötigtes Verbrauchsmaterial	<input type="radio"/> Tragbare Stahldruckflasche <ul style="list-style-type: none"> • 2,0 l/Min • 10,0 l/Min <input type="radio"/> Sparsystem <input type="radio"/> In Kombination mit einem stationären Konzentrator
Demandfähig: Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/>		Testgerät:	Stufe:	SpO₂: mmHg

Flussrate (l/Min)	Belastung	Ruhe	Schlaf
Applikationsdauer (h/Tag)	Therapiedauer (h)	Mobilität (h/Tag)	

Der Patient benötigt auf Grund seiner Sauerstoffabhängigkeit eine netzunabhängige Notfallversorgung. (O₂-Druckgasflasche)

Sonstiges: (Bitte geben Sie hier abweichende Lieferadresse, Ansprechpartner bei Anlieferung sowie weitere Besonderheiten an.)

Die Patientin / der Patient wurde gem. § 33 i. V. m. § 2 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V über sein Patientenwahlrecht informiert und beauftragt die Firma NRI Medizintechnik GmbH mit seiner Versorgung. Ein Kostenvoranschlag bzw. eine Rechnung geht Ihnen von der Vertriebsfirma zu.

Ort, Datum / Unterschrift Arzt / Stempel