

Verordnender Arzt	
empf. Liefertermin	
Telefon Patient	

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Bei o.g. Patienten/Patientin besteht eine Indikation zur Versorgung mittels eines Sauerstoffsystems für eine **Sauerstoff-Langzeittherapie**, nachdem alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, gemäß der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie.

Diagnose:

.....

Es wurden folgende Partialdrücke in Ruhe (in mmHg) gemessen:

	paO ₂	PaCO ₂	pH	SO ₂
ohne Sauerstoff				
mit Sauerstoff lpm				
mit Sauerstoff getriggert				

Einstellungen für die Sauerstoff-Langzeittherapie

Therapeutische O₂-Flußrate in Ruhe lpm bei Belastung lpm

Erforderliche tägliche Anwendungsdauer Stunden pro Tag

Begründung

Der Patient ist in Ruhe als auch unter Belastung auf eine kontinuierliche O₂-Zufuhr angewiesen. Um Folgeerkrankungen infolge Bewegungsmangels einzuschränken und um weitere Klinikaufenthalte zu vermeiden bzw. zu reduzieren, sowie zur Verbesserung der Lebensqualität und der Überlebensdauer verordnen wir:

- Sauerstoff-Konzentrator stationär
- Mobiles System - Sauerstoffflasche ohne Sparventil
- Mobiles System - Sauerstoffflasche mit Sparventil
- Mobiler Sauerstoffkonzentrator

Wir bitten Sie baldmöglichst um eine Kostenübernahme für das verordnete Hilfsmittel.

Als Leistungserbringer empfehlen wir die Firma **Attendorn Medizintechnik, Ludwig-Erhard-Str. 8, 34131 Kassel**, Tel. 0561-92040140 und Fax 0561-920401429

1. Verordnender Arzt/Ärztin Datum _____ Name _____ Unterschrift _____	2. Stempel der Einrichtung
--	----------------------------