

Ärztliche Verordnung und Antrag auf Kostenübernahme für eine Sauerstoff-Langzeittherapie

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	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 _____

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

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

BLUTGASANALYSEN

Datum	pH	P_aCO_2 [mmHg]	P_aO_2 [mmHg]	SaO_2 [%]	Unter Belastung	Zugabe von O_2
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	mit _____ l/min
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	mit _____ l/min
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	mit _____ l/min
					<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	mit _____ l/min

THERAPIEPARAMETER

Flussrate in Ruhe	Flussrate unter Belastung	Anwendungsdauer	Demandsystem Sparsystem	Mobilität	Art der Mobilität
_____ l/min	_____ l/min	_____ Std./Tag	Ist der Patient in der Lage, ein Demandsystem zu triggern? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	_____ Std./Tag	<input type="checkbox"/> Ist in Wohnung mobil <input type="checkbox"/> Hat sonstige Aktivitäten (Außer Haus bzw. innerhalb einer Einrichtung)

Bemerkung

HILFSMITTEL (Beschreibung nächste Seite)

- 1 Sauerstoffkonzentrator stationär
- 2 Sauerstoffkonzentrator stationär; zusätzlich mit 2 l Druckgasflasche, mit Druckminderer, mit Demandsystem/Sparsystem
- 3 Sauerstoffkonzentrator stationär; zusätzlich mit mobilem Sauerstoffkonzentrator, continuous Flow bis 2 l/min
- 4 Sauerstoffkonzentrator stationär; zusätzlich mit mobilem Sauerstoffkonzentrator, Demandflow (Atmungstrigger)
- 5 Sauerstoffkonzentrator stationär; zusätzlich mit mobilem Sauerstoffkonzentrator, continuous Flow bis 3 l/min
- 6 Flüssigsauerstoffsystem, Standbehälter mit Tragebehälter

Mit freundlichen Grüßen

Ort, Datum

(Name des Arztes/Ärztin in Druckbuchstaben)

Unterschrift (ggf. Stempel)

1.Bitte faxen Sie uns das ausgefüllte
Formular an:**Fax: 0800 - 20 20 20 2****2.**

Bitte Original-Verordnung per Post an:

VitalAire GmbH
Mühleweg 5/1
72800 Eningen u. A.

Hilfsmittel

Wichtige Informationen der Hilfsmittel zur Sauerstoff-Langzeittherapie (LTOT)

STATIONÄRE VERSORGUNG		MOBILE VERSORGUNG	EMPFOHLEN BEI MOBILITÄTSGRAD	
		- (Keine Mobilitätslösung)	Keine Mobilität	1
		 2l Druckgas- flasche	ca. 2h Mobilität pro Woche (außer Haus bzw. innerhalb einer Einrichtung)	2
Stationärer Konzentrator 	&	 Mobiler Konzentrator Continuous flow bis 2 l/Min.	Mindestens 1-4 h Mobilität pro Tag (außer Haus bzw. innerhalb einer Einrichtung) im Rahmen einer Gesamt- Anwendungsdauer von mindestens 15 h pro Tag	3
		 Tragbarer Konzentrator Nur Demandflow/ Atmungstrigger, geeignet bis max. 2-3l/Min. (Testung empfohlen)		4
		 Mobiler Konzentrator inkl. Trolley Continuous flow bis 3l/Min.		5
 Stationärer Flüssigsauer- stoff-Tank	&	 Flüssigsauer- stoff-Mobilein- heit	Mindestens 2-4 h Mobilität pro Tag (außer Haus bzw. innerhalb einer Einrichtung) im Rahmen einer Gesamt- Anwendungsdauer von mindestens 15 h pro Tag	6

*Abbildungen ähnlich