## Ärztliche Verordnung für Langzeit-Sauerstofftherapie bei Patienten mit chronischer Hypoxämie

nrede, lame und Vorname						Krankenkasse								
Geburtsdatum							Versicherungsnummer							
Straße, Nr.						Telefon								
PLZ, Ort						Mobil								
12,01														
Diagnose														
Tag der Verlegung/Entlassung														
Abweichende Lieferadresse:														
Straße, Nr.							Telefon							
PLZ, Ort						Anspre	chpart	ner						
Bemerkung:	Bemerkung:													
deutschen Gesellschaf     Es handelt sich u	Bei o. g. Patientin /Patienten besteht die Indikation zur Langzeit-Sauerstofftherapie gemäß den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Pneumologie. Alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten wurden ausgeschöpft.													
In Ruhe											ter Belastung			
	PaO2 PaCO2				рН		)2	Gehstrecke: PaO2 PaO		м аСО2	Meter Zeit: 2 pH		SaO2	
ohne O2	mmH		mmHg	Г		%		mmH		nmHg		<b>P</b>	%	
mit O2	mmHg		mmHg			%		mmH	g n	nmHg			%	
Zur Fortsetzung der Th	erapie im	n nac	hstationäre	n Bere	eich wer	den fo	gend	de Hilfsmi	tel empf	ohlen:				
<ul> <li>Stationärer         Konzentrator         keine Mobilität</li> <li>inkl. Benötigtes         Verbrauchs-         material</li> </ul>	Konzentrator 2-4h/Tag Mobilität (Tank u. Mobile E				orgung		Teilmobilität (Flüssig) In Kombination einem stat. Konzentrator ur einem Tragebehälter (Flüssigsauerste Sparsystem)		und	O 2,0 Liter O 10,0 Liter				
Demandfähigkeit wurde festgestellt								Ja 🔾				Nein 🔾		
Flussrate (I/min):  Belastung						Ruhe				Schl	Schlaf			
Applikationsdauer (h/Tag)  Therapiedauer (h)						Mobilität (h/Tag):								
Besonderheiten:									_					
Datum						Unterschrift Arzt / Stempel								
	1													