

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

Leistungserbringer:
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:

☐ Stationärer Konzentrator keine Mobilität (bis max 5 l/Min) inkl. benötigtes Verbrauchsmaterial	☐ Mobiler Konzentrator 4 h/Tag Mobilität (bis max 3 l/Min) ☐ demandfähig inkl. benötigtes Verbrauchsmaterial	☐ Flüssigsauerstoff Vollversorgung (Tank und mobile Flüssigsauerstoffeinheit bei höheren Flussraten als bei Konzentratoren) inkl. benötigtes Verbrauchsmaterial	☐ Flüssigsauerstoff Teilversorgung (stationärer Konzentrator und mobile Flüssigsauerstoffeinheit / bei mobilem Bedarf über 3 l/Min) inkl. benötigtes Verbrauchsmaterial	☐ Tragbare Stahl Druckflasche • 2,0 l/Min • 10,0 l/Min ☐ Sparsystem ☐ In Kombination mit einem stationären Konzentrator
--	---	--	--	--

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