

Kasse		
Name / Adresse des Versicherten		
		geb. am:
Kassen	Versicherten-Nr.*	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

* unbedingt angeben

VERORDNUNG

für medizinische Hilfsmittel bei Atemwegserkrankungen

Entlassungsrelevante Hilfsmittel
zur Vorlage bei der Krankenkasse

Diagnose	Vertragsarztstempel	Unterschrift	Ansprechpartner	Patient / Angehöriger
			Telefonnummer	Patient / Angehöriger
			Datum	

Sauerstoff-Versorgung: (Entlassungsrelevante Hilfsmittel) Vorausstl. Entlassungstermin: _____ Versorgungszeitraum: _____ Dauerverordnung

<p>O₂-Konzentrator (Sauerstoff Anreicherung)</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Invacare® Perfecto₂</i> bis 5 l / min (HMV: 14.24.04.0058)</p> <p><input type="checkbox"/> <i>Invacare® Platinum® 9</i> bis 9 l/min</p> <p><input type="checkbox"/> Sauerstofffüllstation inkl. 1 Sauerstoffleichtflasche mit Sparventil/Druckminder z.B. <i>Invacare® Homefill® II</i> kompatibel zu <i>Perfecto₂</i> und <i>Platinum® 9</i> (HMV: 14.24.04.2002)</p> <p><input type="checkbox"/> Mobiler Sauerstoffkonzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> MIT TRIGGERUNG <i>Invacare® XPO₂</i></p> <p><input type="checkbox"/> MIT TRIGGERUNG UND DAUERFLOW <i>Invacare® SOLO₂</i>® bis 3 L/Min (HMV: 14.24.04.6005)</p> <p><input type="checkbox"/> <i>NONIN GO₂ Fingerpuls-Oximeter</i></p>
--

Kriterien nach S3-Leitlinien Langzeit-Sauerstoff-Therapie:

Bei dem/der genannten Patienten/Patientin liegt eine chronische Erkrankung vor. Trotz stabilisiertem Zustand der Erkrankung und unter adäquater Pharmakotherapie besteht eine arterielle Hypoxämie.

Eine oder mehrere der nachfolgenden Kriterien sind erfüllt:

- Ruhe PaO₂ ≤ 55 mmHg (7,3 kPa) **oder**
- Ruhe PaO₂ zwischen 55 und 60 mmHg und klinische Zeichen eines Cor pulmonale und/ oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie (HK ≥ 55%, Hb ≥ 18 g/dl) **oder**
- Abfall des PaO₂ auf weniger als 55 mmHg bei körperlicher Belastung die Aktivitäten des täglichen Lebens entsprechen **oder**
- Hypoxämie während des Schlafes
- Sonstiges: _____

Händler:

