



Ärztliche Verordnung für eine Langzeit-Sauerstofftherapie

Verordner (Stempel)

Patientin/Patient bzw. Versicherte/er

Datum: _____

Herr Frau

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ /Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Krankenkasse: AOK Bayern

Vers.-Nr.: _____

Status: 1 Mitglied 2 Familienversichert Rentner

DIAGNOSE:

Folgende Partialdrücke wurden gemessen (falls möglich):

Ohne O₂-Zufuhr: PaO₂ _____ PaCO₂ _____ pH _____ BE _____

Mit ___ L/min. O₂-Zufuhr: PaO₂ _____ PaCO₂ _____ pH _____ BE _____

Unter Belastung mit _____ Watt über _____ Minuten mit _____ L/min. O₂-Zufuhr:
 PaO₂ _____ PaCO₂ _____ pH _____ BE _____

Mobilität des Patienten: ja nein Stunden/Tag: _____

Ich verordne eine Sauerstoff-Therapie mit folgenden Werten und empfehle:

Gesamtnutzungsdauer: _____ Stunden/Tag

Sauerstoffmenge in Ruhe: _____ L/min. / bei Belastung: _____ L/min. / nachts _____ L/min.

- Sauerstoff-Konzentrator, stationär
- Sauerstoff-Konzentrator, stationär mit Füllstation
- Sauerstoff-Konzentrator, tragbar (atemzugsgesteuert)
- Sauerstoff-Druckminderer + _____ Stück 10 L med. O₂-Flaschen / _____ Stück 2 L med. O₂-Flaschen

 Unterschrift behandelnde/r Ärztin/Arzt

 Voraussichtlicher Entlassungstermin:

Original bitte per Post an Fa. HVS senden oder dem Patienten mitgeben!