Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse/-versicherung

Verordnung Sauerstofftherapie

Krankenversicherung bzw. Kostenträger		Datum	
Name, Vorname des Versicherten		Geb.-Datum	
Straße, Hausnummer		Krankenhaus/Arzt	
PLZ/Ort			
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.		
Arzt-Nr./LANR	ICD 10 Code	Betriebsstätten-Nr.	Hilfsmittel 7

Diagnose: _____

Aus medizinischer Sicht besteht bei der Patientin/dem Patienten die Indikation für eine Sauerstoff-Langzeit-Therapie, da selbst nach Ausschöpfung aller anderen therapeutischen Maßnahmen eine respiratorische Insuffizienz/Globalinsuffizienz nachgewiesen wurde.

Ein oder mehrere der nachfolgenden Kriterien sind erfüllt:

☐ Ruhe $PaO_2 \leq 55$ mmHg (7.3 kPa).

☐ Ruhe PaO_2 zwischen 55 und 60 mmHg und klinische Zeichen eines Cor pulmonale und/oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie (HK ≥ 55%, Hb ≥ 18 g/dl).

☐ Abfall des PaO_2 auf weniger als 55 mmHg bei durchschnittlicher körperlicher Belastung.

☐ Hypoxämie während des Schlafes.

	in Ruhe				**unter Belastung**				
O_2	**SaO_2**	**PO_2**	**PCO_2**	**ph**	**SaO_2**	**PO_2**	**PCO_2**	**ph**	**nachts**
ohne									
mit ___l/min									
mit ___l/min									

Unter Inhalation von Sauerstoff kommt es zu einem Anstieg des PO_2 ohne wesentliche CO_2-Retention.

Die **Sauerstoff-Langzeit-Therapie** ist über **mindestens** ____ **Std./Tag** mit einem **Sauerstoff-Fluss** von _____ **l/min in Ruhe** und _____ **l/min unter Belastung** und _____ **l/min nachts** erforderlich.

Mobilität außer Haus ☐ nein ☐ ja _____ Std./Tag

Demandfähigkeit vorhanden ☐ nein ☐ ja **Demandstufe** _____

Die **Titration erfolgte mit dem Gerät** _____. Bitte eine Versorgung mit einem Produkt aus der gleichen Produktgruppe durchführen.

☐ **Der Patient erhält bereits Langzeit-Sauerstofftherapie (LTOT), deshalb ist eine BGA nicht Teil der Verordnung.**

☐ **Es handelt sich um eine palliative O_2 Versorgung, deshalb ist eine BGA nicht Teil der Verordnung.**

Die weiteren Voraussetzungen seitens des Patienten (Kooperation, Nikotinkarenz) für die Durchführung der Therapie sind erfüllt.
Die Patientin/der Patient wird weiterhin von uns betreut. Ich empfehle daher die Kostenübernahme für die Therapie mit folgenden Hilfsmitteln:

☐ stationärer Konzentrator ☐ mobiler/tragbarer Konzentrator	☐ O_2-Füllstation inkl. 2 tragb. Flaschen ☐ 1,25 l Alu-Flasche ☐ 1,85 l Alu-Flasche	☐ Flüssig-Sauerstoff inkl. tragbarem Gefäß ☐ Tasche ☐ Caddy	☐ Stahldruckflasche ☐ für Mobilität ☐ als Notfallversorgung

Eine mobile/tragbare Sauerstoff-Versorgung ist erforderlich:

☐ Um die tägliche Mobilität des Patienten zu erhalten, die Belastungshypoxämie zu verbessern und möglichst lange Therapiezeiten zu erreichen.

☐ Die Patientin/der Patient benötigt außergewöhnlich hohe Sauerstoffflussrate.

☐ _____

Wir bitten Sie um zeitnahe Kostenübernahme für die verordneten Hilfsmittel und bedanken uns im Namen Ihres Versicherten.

_____

Unterschrift Arzt, Stempel

Ansprechpartner Vertriebsfirma: _____ **Telefon:** _____

Die Auslieferung der Hilfsmittel soll erfolgen am: _____ an: ☐ **Privatadresse** ☐ **Pflegeeinrichtung**

Kontaktperson/Telefonnummer für Auslieferung: _____

Gilt nur für Privatversicherte

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die ärztliche Verordnung und die in diesem Formular enthaltenen Daten sowie auch künftig erfasste Daten z.B. zur Gerätenutzung, Wartung ausschließlich zum Zwecke meiner Versorgung und zur Kostenabrechnung an meine Krankenversicherung weitergegeben werden.

☐ **Ja** ☐ **Nein** ☐ **Nicht erforderlich**

Die von mir nachstehend abgegebene Erklärung erfolgt freiwillig. Ich bin daraufhingewiesen worden, dass mir bei Nichtabgabe oder Widerruf der Einwilligungserklärungvon mir bezogene Medizinprodukte in Rechnung gestellt werden können.

_____ ✕ _____

Ort, Datum Unterschrift Patient/in bzw. gesetzl. Vertreter/in

© 2020 ResMed Medizintechnik GmbH · Art.-Nr. 1012285 · 14 · 03.20