

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

VERORDNUNG

für medizintechnische Hilfsmittel
bei Atemwegserkrankungen

- Entlassungsrelevante Hilfsmittel -
zur Vorlage bei der Krankenkasse

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

Sauerstoff-Versorgung:

(Entlassungsrelevante Hilfsmittel)

Voraussichtlicher Entlassungstermin:

- O₂-Konzentrator (Sauerstoff Anreicherung)	<input type="checkbox"/>
HMV-Nr.: 14.24.05.0xxx 14.24.04.0xxx (z.B. OxyCare 3, 5 und 6D - bei 1 - 4 l/m 95 % ± 3 %; bei 5 l/m 90 % ± 3 %)	
- TravelCare O2 Eclipse (Mobiler Sauerstoffkonzentrator)	<input type="checkbox"/>
HMV-Nr.: 14.24.04.6002 (z.B. Eclipse 90 % ± 3 % bei allen Flussraten)	
- EverGo (Mobiler Sauerstoffkonzentrator ohne Dauerflow)	<input type="checkbox"/>
HMV-Nr.: 14.24.04.6004 (z.B. EvergoTiggermodus Stufe 1-6)	
- Mobiles Sauerstoffgerät ohne Triggerung <input type="checkbox"/> mit Triggerung(O ₂ -Sparventil) <input type="checkbox"/>	
(z.B. HMV-Nr.: 14.24.05.0xxx OxybagHit) (PD1000 HMV-Nr.: 14.24.05.7001)	
- Sauerstofffüllstation inkl. 3 Sauerstoffleuchtflaschen mit Sparventil/Druckminder	<input type="checkbox"/>
z.B. Homefill HMV-Nr.: 14.24.04.2002	
- Caddy für mobiles Druckgassystem	<input type="checkbox"/>
- Stationäres Sauerstoffgerät „Druckgas“ 10 l ohne Triggerung <input type="checkbox"/> mit Triggerung <input type="checkbox"/>	
HMV-Nr.: 14.24.05.0xxx HMV-Nr.: 14.24.05.1xxx	
- Stationäres Flüssigsauerstoffsystem (inkl. Tragbarer Einheit I)	<input type="checkbox"/>
HMV-Nr.: 14.24.05.1xxx und Hi-Mi-Gr. 14.24.05.2xxx	
- Inhalationsgerät (druckluftbetr. Düsenvernebler) z.B. „InhaCare“	<input type="checkbox"/>
HMV-Nr.: 14.24.01.0xxx	

Weitere Hilfsmittel:

<input type="checkbox"/>

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: _____

Blutgasanalysen	bei O ₂ -Langzeittherapie			
ohne O ₂	ohne O ₂	mit .....Liter O ₂ /min	mit .....Liter O ₂ /min	Therapiewerte
in Ruhe	bei Belastung	in Ruhe	bei Belastung	für den Patienten
Datum.....	Datum.....	Datum.....	Datum.....	
PO₂	.....	.....	.....	.....O ₂ l/min in Ruhe
PCO₂	.....	.....	.....	.....O ₂ l/min unter Belastung
pH	.....	.....	.....	.....Std./Tag
Mobilität außer Haus	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Mobilität außer Haus	.....Std./Tag	6 min Gehstrecke .....m