Kasse

Name / Adresse des Versicherten

geb. am:

Kassen | **Versicherten-Nr.!!!!*** | Status

Vertragsarzt-Nr. | VK gültig bis | Datum

VERORDNUNG

für medizintechnische Hilfsmittel
bei Atemwegserkrankungen

- Entlassungsrelevante Hilfsmittel -

zur Vorlage bei der Krankenkasse

Datum:

* **unbedingt angeben**

Diagnose	Vertragsarztstempel **& Unterschrift**	Ansprechpartner/Tel. Verordner: Ansprechpartner/Tel. Patient/ Angehöriger:

Sauerstoff-Versorgung: ☒ **Dauerverordnung** **Versorgungszeitraum:** **vorausstl. Entlassungstermin:**
(Entlassungsrelevante Hilfsmittel)

☐ **Sauerstoffkonzentrator z.B.** ☐ **Everflo, PerfectO 2V** bis 5 l/min. ☐ **DeVilbiss Compact 1025KS** bis 10 l/min.

☐ **Inhalationsgerät z.B.** ☐ **AirForce One (Düsenvernebler)** ☐ **OxyHaler (Membranvernebler)** ☐ **Sami/InnoSpire Elegance (Sidestreamvernebler)** ☐ **Pureneb Aerosonic+ (mit 100HZ Schallvibration z.B. bei Sinusitis)**

☐ **Atemtherapiegerät RC-Cornet / Basiscornet**

☐ **Mobiler Sauerstoffkonzentrator**

☐ Mit Triggerung/ demandfähig **z.B.Inogen One G5/Rove6, SimplyGo Mini, Platinum Mobile POC1**

☐ Mit Dauerflow/ nicht demandfähig **z.B. SimplyGo** bis 2 l/min., **Eclipse** bis 3 l/min.

☐ **Mobiles Sauerstoffsystem, Flaschenversorgung** ☐ **Sparventil** ☐ **Druckminderer**

☐ Inkl. 0_2-Flaschenfüllungen für 12 Monate

☐ **Sauerstofffüllstation inkl. 2 Sauerstoffleichtflaschen mit** ☐ **Sparventil** ☐ **Druckminder**
z.B.IFill (DeVilbiss) oder HomeFill (INVACARE) + Sauerstoffkonzentrator PerfectO2 V

☐ **Stationäres Flüssigsauerstoffsystem** (inkl. tragbarer Einheit) Patient ist demandfähig ☐ ja ☐ nein

Bei Anfallsleiden mit Druckminderer (Dauerflow): z.B. Clusterkopfschmerz, Asthma usw.:

☐ **Stationäre O2-Versorgung „Druckgas 10 l“**
☐ **Mobile O2-Versorgung OxyBag Hit (Tasche + 2 l Flaschen)**
☐ **Cluster-Hochkonzentrationsmaske** (ohne Rückatmung, weiche Maskenwulst, kein O2-Verlust)
☐ **Inkl. O2-Flaschenfüllungen für 12 Monate**

☐ **Weitere Hilfsmittel:**

Kriterien nach S3-Leitlinien Langzeit-Sauerstoff-Therapie:
Bei dem/ der genannten Patienten/ Patientin liegt eine chronische Erkrankungen vor. Trotz stabilisiertem Zustand der Erkrankung und adäquater Pharmakotherapie besteht eine arterielle Hypoxämie.

Eine 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 körperlicher Belastung (Aktivitäten des tägl. Lebens)
☐ Hypoxämie während des Schlafes

Sonstiges:

☐ Es handelt sich um eine palliative O2-Versorgung, daher ist eine BGA nicht Teil der Verordnung. Alle weiteren Voraussetzungen seitens des Patienten (Nikotinkarenz, Kooperation) für die Durchführung der O2-Therapie sind erfüllt.

Blutgasanalysen bei O_2-Langzeittherapie

!!! Bitte unbedingt ausfüllen !!!

	ohne O_2 in Ruhe Datum.....	ohne O_2 **bei Belastung** Datum.....	mit .....Liter O_2/min. **in Ruhe** Datum.....	mit .....Liter O_2/min. **bei Belastung** Datum.....
PO_2	.....	.....	.....	.....
PCO_2	.....	.....	.....	.....
pH	.....	.....	.....	.....
SaO_2	.....	.....	.....	.....

Mobilität nein ☐ ja ☐ .....Std/ Tag 6 min Gehstrecke .....m

Therapie-/Einstellwerte für den Patienten:

.....O_2 l/min im Schlaf
.....O_2 l/min in Ruhe
.....O_2 l/min unter Belastung
.....Std/ Tag O_2 -Therapie

OXYCARE Medical Group GmbH MEMBER OF SOS oxygene
FON +49(0)421 48 99 66 www.oxycare.eu

Postanschrift: Holzweide 6 | 28307 Bremen
kostenl. Fax-Nr.: 0800-699 22 730

Verordnung „Sauerstoff_Entlassungsrelevant_S3Leitlinie“ © OxyCare GmbH Medical Group 01/2023 Rev.17, geändert AC: 09.01.2023 freigegeben: TH 09.01.2023

OXYCARE Medical Group GmbH
MEMBER OF SOS oxygène
FON +49(0)421 48 99 66 • www.oxycare.eu

Asthma Bronchitis COPD Migräne
THERAPIEGERÄTE
Schlafapnoe Herzschwäche Wunde
Neuromuskulär Krebs

Eine Auswahl aus unserem umfangreichen Lieferprogramm:

Sauerstofftherapie

Konzentratoren, stationär + mobil
Füllstationen, FlüssigO2
O2-Flaschen - auch Clusterversorgung

Beatmung mit COPD-Modi

prisma VENT30/40/50-C, Luisa
von LöwensteinMedical
Stellar 150 / Astral 150
von ResMed
Trilogy Evo
von Philips Respironics

Beatmung

Made in Germany
- unser Preishit -

OXYvent cube 30 ATV
Non-invasives Beatmungsgerät:
• Target Volumen
• Target Minuten Volumen und Triggersperrzeit einstellbar

Sekretolyse

VibraVest/AffloVest
Die hochfrequente Vibrations-Weste
Cough Assist E70
Hustenassistent mit Vibrationsmodus.

Inhalation

Kompressor-Vernebler, Membran-Vernebler, Ultraschallvernebler,
Vernebler mit Schall-Vibration insbesondere für Nasennebenhöhlenentzündung

Schlafapnoe

CPAP/autoCPAP/
BiLevel/BiLevel ST/
Cheyne Stokes

Monitoring

Pulsoxymetrie, Kapnographie,
SISS Babycontrol
Blutdruckmessung

Atemtherapiegeräte

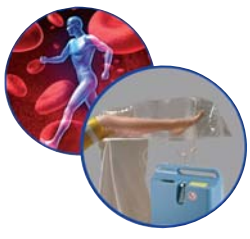
GeloMuc / Flutter / Quake /
Cornet / Cornet Plus / Acapella /
RespiPro / PowerBreathe medic

Alpha 300
IPPB Atemtherapie
mit Inhalation

Thromboseprophylaxe Apparative Kompressionstherapie IPK/AIK

SCD System, AV-Impulse, Doctus
mit Hand- Bein- oder Fuß-manschette

Chronische Wunden/ Diabetisches Fußsyndrom



Wundheilung mit Sauerstoff
O_2-TopiCare Wundsystem

Rückseite Mighty © OxyCare GmbH Medical Group 11/2021 Rev.0 geändert: KL 03.11.2021 freigegeben: AC 04.11.2021