

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:

<b>* unbedingt angeben</b>		
<b>Diagnose</b>	<b>Vertragsarztstempel &amp; Unterschrift</b>	Ansprechpartner/Tel. Verordner:
		Ansprechpartner/Tel. Patient/ Angehöriger:

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

<input type="checkbox"/> <b>Sauerstoffkonzentrator z.B.</b> <input type="checkbox"/> Everflo, PerfectO 2V bis 5 l/min. <input type="checkbox"/> DeVilbiss Compact 1025KS bis 10 l/min.
<input type="checkbox"/> <b>Inhalationsgerät z.B.</b> <input type="checkbox"/> Allegro (Düsenvernebler) <input type="checkbox"/> OxyHaler (Membranvernebler) <input type="checkbox"/> Pureneb Aerosonic+ mit 100HZ Schallvibration z.B. bei Sinusitis
<input type="checkbox"/> <b>Atemtherapiegerät RC-Cornet / Basiscornet</b> <input type="checkbox"/> Sami (Sidestreamvernebler)
<input type="checkbox"/> <b>Mobiler Sauerstoffkonzentrator</b>
<input type="checkbox"/> Mit Triggerung/ demandfähig z.B. Inogen One G5/Rove6, SimplyGo Mini, Platinum Mobile POC1
<input type="checkbox"/> Mit Dauerflow/ nicht demandfähig z.B. SimplyGo bis 2 l/min., Eclipse bis 3 l/min.
<input type="checkbox"/> <b>Mobiles Sauerstoffsystem, Flaschenversorgung</b> <input type="checkbox"/> Sparventil <input type="checkbox"/> Druckminderer
<input type="checkbox"/> Inkl. O <sub>2</sub> -Flaschenfüllungen für 12 Monate
<input type="checkbox"/> <b>Sauerstofffüllstation inkl. 2 Sauerstoffleichtflaschen mit</b> <input type="checkbox"/> Sparventil <input type="checkbox"/> Druckminderer
z.B. IFill (DeVilbiss) oder HomeFill (INVACARE) + Sauerstoffkonzentrator PerfectO2 V
<input type="checkbox"/> <b>Stationäres Flüssigsauerstoffsystem</b> (inkl. tragbarer Einheit)    Patient ist demandfähig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Bei Anfallsleiden mit Druckminderer (Dauerflow): z.B. Clusterkopfschmerz, Asthma usw.:</b>
<input type="checkbox"/> Stationäre O <sub>2</sub> -Versorgung „Druckgas 10 l“ <input type="checkbox"/> Cluster-Hochkonzentrationsmaske (ohne Rückatmung, weiche Maskenwulst, kein O <sub>2</sub> -Verlust)
<input type="checkbox"/> Mobile O <sub>2</sub> -Versorgung OxyBag Hit (Tasche + 2 l Flaschen) <input type="checkbox"/> Inkl. O <sub>2</sub> -Flaschenfüllungen für 12 Monate

<input type="checkbox"/> <b>Weitere Hilfsmittel:</b>
<b>Kriterien nach S3-Leitlinien Langzeit-Sauerstoff-Therapie:</b> 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:
<input type="checkbox"/> Ruhe PaO <sub>2</sub> ≤ 55 mmHg (7,3 kPa)
<input type="checkbox"/> Ruhe PaO <sub>2</sub> zwischen 55 und 60 mmHg und klinische Zeichen eines Cor pulmonale und/ oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie (HK ≥ 55%, Hb ≥ 18 g/dl)
<input type="checkbox"/> Abfall des PaO <sub>2</sub> auf weniger als 55 mmHg bei körperlicher Belastung (Aktivitäten des tägl. Lebens)
<input type="checkbox"/> Hypoxämie während des Schlafes
<b>Sonstiges:</b>
<input type="checkbox"/> Es handelt sich um eine palliative O <sub>2</sub> -Versorgung, daher ist eine BGA nicht Teil der Verordnung. Alle weiteren Voraussetzungen seitens des Patienten (Nikotinkarenz, Kooperation) für die Durchführung der O <sub>2</sub> -Therapie sind erfüllt.

<b>Blutgasanalysen</b> bei O <sub>2</sub> -Langzeittherapie	<b>!!! Bitte unbedingt ausfüllen !!!</b>
ohne O <sub>2</sub> ohne O <sub>2</sub> mit .....Liter O <sub>2</sub> /min.    mit .....Liter O <sub>2</sub> /min.	<b>Therapie-/Einstellwerte für den Patienten:</b> ..... O <sub>2</sub> l/min im Schlaf ..... O <sub>2</sub> l/min in Ruhe ..... O <sub>2</sub> l/min unter Belastung ..... Std/ Tag O <sub>2</sub> -Therapie
in Ruhe <b>bei Belastung</b> <b>in Ruhe</b> <b>bei Belastung</b>	
Datum.....                      Datum.....    Datum.....                      Datum.....	
<b>PO<sub>2</sub></b> .....	
<b>PCO<sub>2</sub></b> .....	
<b>pH</b> .....	
<b>SaO<sub>2</sub></b> .....	
<b>Mobilität</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ..... Std/ Tag    6 min Gehstrecke .....m	

**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  
 Triggersperzeit 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 Kompressions-  
 therapie IPK/AIK**



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

**Chronische Wunden/  
 Diabetisches Fußsyndrom**



Wundheilung mit Sauerstoff  
 O2-TopiCare Wundsystem