

# Ärztliche Verordnung Langzeitsauerstofftherapie

Dient als Vorlage bei der Krankenkasse!

Erstversorgung  Weiterversorgung  Umstellung

## Patientendaten:

Vor- u. Zuname: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Vers. Nr. / Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Bei der o.g. Patientin/dem o.g. Patienten besteht die Indikation zur Langzeitsauerstofftherapie gemäß den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie.

Versorgungsdatum: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

## Folgende Blutgaswerte wurden ermittelt:

ohne O<sub>2</sub>-Gabe PaO<sub>2</sub> (mmHg) SaO<sub>2</sub> (%) AaDO<sub>2</sub> (mmHg)  
in Ruhe

mit O<sub>2</sub>-Gabe PaO<sub>2</sub> (mmHg) SaO<sub>2</sub> (%) AaDO<sub>2</sub> (mmHg)  
in Ruhe

unter Belastung  
(0,5 Watt/kg)

unter Belastung  
(0,5 Watt/kg)

## Flüssigsauerstoffsystem (mit tragbaren Einheiten):

- Standard System:  Demand System:  
(kontinuierliche Abgabe) (inspirationsgetriggerte A.)
- topfill  getriggert  
 sidefill  getriggert/kontinuierlich

## Sauerstoffkonzentrator:

- Standkonzentrator inkl. Zubehör (Patient ist nicht mobil)  
 Kombination: Stand- und tragbarer Konzentrator  
Einstellung (tragbarer Konzentrator):

Der/Die PatientIn ist mobil: Ja  Nein

Empfohlener Sauerstoffbedarf: In Ruhe \_\_\_\_\_ l/min. Bei Belastung \_\_\_\_\_ l/min. Anwendungsdauer: \_\_\_\_\_ Std./Tag.

**Verordnungen sind ärztliche Dokumente und dürfen durch unsere Mitarbeiter nicht verändert und/oder ergänzt werden. Wir sind daher angehalten, fehlende Angaben vom Arzt anzufordern. Wir bitten um Kostenübernahme für o.a. verordnetes Arzneimittel.**

**Zulassungsnummer: 1-26092.**

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Tel. Nr. (der Abteilung): \_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift: \_\_\_\_\_

Stempel

Linde Gas GmbH  
Linde Healthcare, Modecenterstraße 17, Objekt 2/1. OG, 1110 Wien  
www.ichatmelinde.at, healthcare.at@linde.com

Kontakt  
Fax: 050 4273 2260  
Tel.: 050 4273 2200  
DaMe Code: ME411709

