

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis			Datum		

Verordnender Arzt	
empf. Liefertermin	
Telefon Patient	

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Bei o.g. Patienten/Patientin besteht eine Indikation zur Versorgung mittels eines Sauerstoffsystems für eine **Sauerstoff-Langzeittherapie**, nachdem alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, gemäß der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie.

Diagnose: .....

.....

.....

Es wurden folgende Partialdrücke in Ruhe (in mmHg) gemessen:

	paO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	pH	SO <sub>2</sub>
ohne Sauerstoff				
mit Sauerstoff ..... lpm				
mit Sauerstoff getriggert				

Einstellungen für die Sauerstoff-Langzeittherapie

Therapeutische O<sub>2</sub>-Flußrate                      in Ruhe ..... lpm              bei Belastung ..... lpm  
 Erforderliche tägliche Anwendungsdauer              ..... Stunden pro Tag

**Begründung**

Der Patient ist in Ruhe als auch unter Belastung auf eine kontinuierliche O<sub>2</sub>-Zufuhr angewiesen. Um Folgeerkrankungen infolge Bewegungsmangels einzuschränken und um weitere Klinikaufenthalte zu vermeiden bzw. zu reduzieren, sowie zur Verbesserung der Lebensqualität und der Überlebensdauer verordnen wir:

- Sauerstoff-Konzentrator stationär
- Mobiles System - Sauerstoffflasche ohne Sparventil
- Mobiles System - Sauerstoffflasche mit Sparventil
- Mobiler Sauerstoffkonzentrator

Wir bitten Sie baldmöglichst um eine Kostenübernahme für das verordnete Hilfsmittel.  
 Als Leistungserbringer empfehlen wir die Firma **Attendorn Medizintechnik, Ludwig-Erhard-Str. 8, 34131 Kassel, Tel. 0561-92040140 und Fax 0561-920401429**

1. Verordnender Arzt/Ärztin  Datum _____  Name _____  Unterschrift _____	2. Stempel der Einrichtung
--	----------------------------