

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname, Anschrift des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Leistungserbringer:
 NRI Medizintechnik GmbH
 Eversbuschstr. 194 b
 80999 München
 Tel.: 089 - 81 888 100
 Fax: 089 - 81 221 10
 E-Mail: vo@nri-med.de
 www.nri-med.de

Kontakt für Anlieferung:
 (Telefon Patient/Angehöriger) _____

Entlassdatum: _____

Verordnung Sauerstofftherapie

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

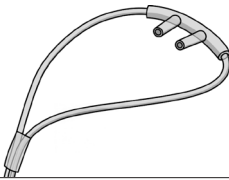
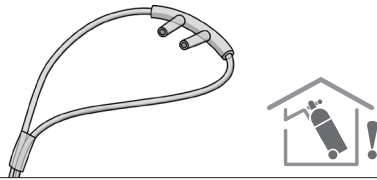

Diagnose: _____

Bei o. g. Patientin /Patienten besteht die Indikation zur Langzeit-Sauerstofftherapie gemäß den Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Pneumologie. Alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten wurden ausgeschöpft.

Es handelt sich um eine Palliativtherapie, deshalb ist die BGA nicht Bestandteil dieser Verordnung.

	In Ruhe				Unter Belastung (falls klinisch möglich)			
	PaO ₂	PaCO ₂	pH	SaO ₂	PaO ₂	PaCO ₂	pH	SaO ₂
ohne O ₂	mmHg	mmHg		%	mmHg	mmHg		%
mit _____ l/Min O ₂	mmHg	mmHg		%	mmHg	mmHg		%

Die Nutzungsdauer von mindestens 15 Std. / Tag wird mit folgenden Hilfsmitteln verordnet:

<input type="checkbox"/> Option 1 (Standardversorgung) O ₂ -Konzentrator stationär & mobil Mobilität ≥ 4 Stunden / Tag Die Demandfähigkeit ist gegeben <input type="radio"/> Nur stationär benötigt – keine Mobilität <input type="radio"/> Dauerflow statt Demandsystem 	<input type="checkbox"/> Option 2 (Nur bei hohen Flussraten) Flüssig-O ₂ stationär & mobil Mobilität ≥ 6 Stunden / Tag Versorgungsleistung ≥ 4 l / min 	<input type="checkbox"/> Optional (Zusatz) Inhalation - Kompressorvernebler 	
Flussrate (l/Min)	Ruhe:	Belastung:	Schlaf:

Durchwahl für Rückfragen / Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift Arzt / Stempel

vorab per Fax: 089 - 81 221 10 / Mail: vo@nri-med.de