

# Verordnungsbogen zur O<sub>2</sub>-Langzeittherapie

Verordnender Arzt:

Name :

Vorname :

Geburtsdatum :

**Diagnose** : Bei dem / der genannten Patienten / Patientin liegt eine chronische Erkrankung vor. Der Zustand der Erkrankung ist stabil. Trotz adäquater Pharmakotherapie besteht eine

respiratorische Partialinsuffizienz  arterielle Hypoxämie

Hyperkapnie  \_\_\_\_\_

in Ruhe  bei Belastung  nachts.

**Eines oder mehrere der nachfolgenden Kriterien sind erfüllt :**

Ruhe PaO<sub>2</sub> ≤ 55 mm Hg (7,3 kPa)

Ruhe PaO<sub>2</sub> zwischen 55 und 60 mm Hg und klinische Zeichen eines Cor Pulmonale und / oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie (HK ≥ 55 %, Hb ≥ 18 g (dl))

Abfall des PaO<sub>2</sub> auf weniger als 55 mm Hg bei körperlichen Belastungen, die täglichen Aktivitäten entsprechen

Hypoxämie während des Schlafes.

**Für die Therapie ist folgender Sauerstoff-Fluß erforderlich :**

in Ruhe: \_\_\_\_\_ l/min bei Belastung: \_\_\_\_\_ l/min nachts: \_\_\_\_\_ l/min.

**Es wird eine Behandlungsdauer von \_\_\_\_\_ h/d empfohlen.**

Eine hinreichende Mobilität des Patienten von ca. \_\_\_\_\_ h/d ist gegeben.

**Bemerkungen :**

**Folgendes Sauerstoff-Applikationssystem wird verordnet :**

stationäre und / oder  mobile Versorgung.

**in Form von :**

Konzentrator  Stahlflasche  Leichtflasche (tragbar)  transportabler Konzentrator (tragbar)  Flüssigsauerstoff

**Hilfsmittelverzeichnis-Pos.-Nr. :** \_\_\_\_\_

**zusätzlich :**

Demandsystem  Rückentraghilfe  Sterilwassersystem  Spannungswandler (geschlossen) (zur Nutzung des HM im Auto)

**Bemerkungen :**

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_