|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Krankenkasse bzw. Kostenträger  DAK_Ges_Logo_oClaim_4c | | | |
| Name, Vorname des Versicherten  geb. am | | | |
| Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | | Arzt-Nr. | Datum |

**Mustervorlage zur Verordnung von Sauerstoff**

Bei dem Patienten besteht die Indikation zur Langzeit-Sauerstoff-Therapie. Die Verordnung muss gemäß den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmung e. V. erfolgen.

**Diagnosen**:

Eine oder mehrere der folgenden Kriterien sind erfüllt:

* PaO² in Ruhe < 55 mmHg
* PaO² in Ruhe zwischen 55 und 60 mmHg und klinische Zeichen eines Cor pulmonale und/ oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie
* Abfall des PaO² unter 55 mmHg bei körperlichen Belastungen bei Aktivitäten des täglichen Lebens
* Hypoxämie während des Schlafs
* Palliativversorgung

Es wurden folgende **Partialdrücke** (in mmHG) gemessen:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | in Ruhe | | | | bei Belastung | | | |
|  | PaO² | PaCO² | ph | SaO² | PaO² | PaCO² | ph | SaO² |
| ohne O² |  |  |  |  |  |  |  |  |
| mit O² |  |  |  |  |  |  |  |  |
| mit Demandsystem |  |  |  |  |  |  |  |  |
| demandfähig: | ja | | | | nein | | | |

**Sauerstoffbedarf:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| im Schlaf | l/min | Therapiezeit/ Tag | h |
| in Ruhe | l/min | tägliche Mobilität gesamt | h |
| bei Belastung | l/min | tägliche Mobilität außerhalb der Wohnung | h |

Medizinisch notwendige und wirtschaftlichste Applikationsform bei:

Versorgung **innerhalb** der Wohnung:

* 14.24.06.0 Stationärer Sauerstoffkonzentrator
* 14.24.05.1-2, 6, 9 Flüssigsauerstoffsystem wegen Sauerstoffbedarf über 5 l/min
* Andere Applikationsform (bitte begründen):

Versorgung **außerhalb** der Wohnung:

* 14.24.05.0, 3 Druckgasflaschen ohne elektronischem Sparsystem
* 14.24.05.4-5, 7-8 Druckgasflaschen mit elektronischem Sparsystem
* 14.24.04.2-3, 7-9 Heimfüllanlagen mit stationärem Sauerstoffkonzentrator und Druckgasflaschen
* 14.24.06.1-5 mobiler tragbarer Sauerstoffkonzentrator
* 14.24.05.1-2, 6, 9 Flüssigsauerstoffsystem
* Ggf. zusätzlich: 14.24.05.4-5, 14.24.05.7-8 Sauerstoffsparsystem

Datum, Stempel und Unterschrift des Arztes