

Kasse		
Name / Adresse des Versicherten		
		geb. am:
Kassen	Versicherten-Nr.*	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

* unbedingt angeben

VERORDNUNG

für medizinische Hilfsmittel bei Atemwegserkrankungen

Entlassungsrelevante Hilfsmittel
zur Vorlage bei der Krankenkasse

Diagnose	Vertragsarztstempel	Unterschrift	Ansprechpartner	Patient / Angehöriger
			Telefonnummer	Patient / Angehöriger
			Datum	

Sauerstoff-Versorgung: (Entlassungsrelevante Hilfsmittel) Vorausstl. Entlassungstermin: _____ Versorgungszeitraum: _____ Dauerverordnung

O₂-Konzentratoren (Sauerstoff-Anreicherung)

Invacare® **Perfecto₂ V** bis 5 l/min (HMV: 14.24.06.0016)

Invacare® **Platinum® 9** bis 9 l/min

Sauerstofffüllstation inkl. Sauerstoffleichtflasche mit Sparventil/Druckminderer
Invacare® **HomeFil® II** kompatibel zu **Perfecto₂ V** und **Platinum® 9** (HMV: 14.24.04.9002)

Mobiler Sauerstoffkonzentrator
MIT TRIGGERUNG Invacare® **Platinum™ Mobile** (HMV: 14.24.06.1006)

Mobilität des Patienten pro Tag: < 2 Stunden 2-4 Stunden > 4 Stunden

Kriterien nach S3-Leitlinien Langzeit-Sauerstoff-Therapie:

Bei dem/der genannten Patienten/Patientin liegt eine chronische Erkrankung vor. Trotz stabilisiertem Zustand der Erkrankung und unter adäquater Pharmakotherapie besteht eine arterielle Hypoxämie.

Eine oder mehrere der nachfolgenden Kriterien sind erfüllt:

- Ruhe PaO₂ ≤ 55 mmHg (7,3 kPa) **oder**
- Ruhe PaO₂ zwischen 55 und 60 mmHg und klinische Zeichen eines Cor pulmonale und/ oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie (HK ≥ 55%, Hb ≥ 18 g/dl) **oder**
- Abfall des PaO₂ auf weniger als 55 mmHg bei körperlicher Belastung die Aktivitäten des täglichen Lebens entsprechen **oder**
- Hypoxämie während des Schlafes
- Sonstiges: _____

Händler:



Yes, you can.®