

Ärztliche Verordnung für Langzeit-Sauerstofftherapie bei Patienten mit chronischer Hypoxämie



Name, Vorname	Krankenkasse
Geburtsdatum	Versichertennummer
Straße, Nr.	Telefon
PLZ, Ort	Mobil

Diagnose

Tag der Verlegung/Entlassung	Verlegung/Entlassung nach
Ansprechpartner	Telefon

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.

Es wurden folgende Partialdrücke gemessen:

	In Ruhe				Unter Belastung			
	PaO2	PaCO2	pH	SaO2	Gehstrecke: m	Zeit: min		
ohne O2	mmHg	mmHg		%	mmHg	mmHg		%
mit O2	mmHg	mmHg		%	mmHg	mmHg		%
mit Demandsystem	mmHg	mmHg		%	mmHg	mmHg		%

Zur Fortsetzung der Therapie im nachstationären Bereich werden folgende Hilfsmittel empfohlen:

<input type="radio"/> Stationärer Konzentrator keine Mobilität <input checked="" type="checkbox"/> inkl. benötigtes Verbrauchsmaterial	<input type="radio"/> Mobiler Konzentrator 2-4h/Tag Mobilität <input type="radio"/> In Kombination mit einem stat. Konzentrator für die nächtliche O2 Versorgung	<input type="radio"/> Flüssigsauerstoff <input type="radio"/> Demandsystem (Sparsystem) bei hoher Flussrate oder Mobilität über 4h/Tag	<input type="radio"/> Tragbare Stahldruckflasche <input type="radio"/> Demandsystem (Sparsystem) für Arztbesuche etc. <input type="radio"/> In Kombination mit einem stat. Konzentrator	<input type="radio"/> Flaschenfüllsystem (z.B. iFill mit 1,8l Sauerstoffflasche bei Demand 2l/min beträgt die Mobilität 6h)
--	---	--	--	---

Der Patient benötigt auf Grund seiner Sauerstoffabhängigkeit eine netzunabhängige Notfallversorgung.

Geräteeinstellungen:

Flussrate (l/min):	Belastung	Ruhe	Schlaf
Applikationsdauer (h/Tag):		Mobilität (h/Tag):	

Definition Mobilität: Patient bewegt sich regelmäßig in einem Radius >10m

Besonderheiten:

Datum	Unterschrift Arzt/Stempel
-------	---------------------------

Hinweis zum Patientenwahlrecht

Mir steht als gesetzlich versicherter Person ein Wahlrecht hinsichtlich des Hilfsmittel-Leistungserbringers im Rahmen der § 33 Abs. 6 SGB V, § 33 SGB I, GG Art. 2 Abs. 2 zu.

Hiermit bringe ich meinen Willen zum Ausdruck, die ärztliche verordnete Hilfsmittelversorgung im Rahmen der Therapie durch die Firma Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH, Schnieglinger Str. 162, 90425 Nürnberg durchführen zu lassen.

Ort/Datum	Name, Vorname	Unterschrift
-----------	---------------	--------------

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Im Rahmen Ihrer Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Firma Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH erheben, verarbeiten und nutzen wir, die Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH, die mit Ihrer Versorgung im Zusammenhang stehenden personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person insbesondere auch um Informationen über Ihre Gesundheit, die als „personenbezogene Daten besonderer Art“ nach dem Bundesdatenschutzgesetz besonderem Schutz unterliegen. Im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung übermitteln wir, die Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH, Ihre Daten ggf. auch an Ihre Krankenversicherung, soweit diese die Daten für die Abrechnung mit Ihnen oder mit uns benötigt.

Wir, die Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH, werden Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen des vorstehend beschriebenen Umfangs und für die genannten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen und insbesondere, mit Ausnahme Ihrer Krankenversicherung und den vorstehend genannten Unternehmen, nicht an Dritte übermitteln.

Ich erkläre hiermit die Einwilligung in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten (einschließlich meiner im Rahmen der Versorgung erhobenen, gespeicherten oder genutzten Gesundheitsdaten) im vorstehend beschriebenen Umfang.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen!

Ort/Datum	Name, Vorname	Unterschrift
-----------	---------------	--------------