Ärztliche Verordnung für Langzeit-Sauerstofftherapie bei Patienten mit chronischer Hypoxämie

HANS MÜLLER

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.

	In Ruhe				Unter Belastung			
	PaO2	PaCO2	pH	SaO2	PaO2	PaCO2	pH	SaO2
ohne O2	mmHg	mmHg		%	mmHg	mmHg		%
mit O2	mmHg	mmHg		%	mmHg	mmHg		%

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

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

◯ **Stationärer Konzentrator** ◯ **Mobiler Konzentrator**	◯ **Flüssigsauerstoff** inkl. 1 Mobilteil	◯ **O_2-Druckgasflasche** inkl. Tragetasche	◯ **Flaschenfüllsystem**

⊗ inkl. Verbrauchsmaterial
◯ Der Patient benötigt auf Grund seiner Sauerstoffabhängigkeit eine netzunabhängige Notfallversorgung.

Geräteeinstellungen:

Flussrate:	Ruhe l/min	Belastung l/min	Schlaf l/min
Applikationsdauer: Std/Tag		Mobilität: Std/Tag	
Patient ist demandfähig:	◯ Nein	◯ Ja	Stufe: (1) (2) (3) (4) (5) (6)

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

Besonderheiten:

Datum	Unterschrift Arzt/Stempel

Wir haben zur raschen Bearbeitung bereits die Firma **Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH**, Schnieglinger Straße 162 | 90425 Nürnberg benachrichtigt T +49 911 955288-0 | F +49 911 955288-88

Dateiname: Verordnung AS 06

Patientenwahlrecht

Auf mein freies Wahlrecht hinsichtlich des Leistungserbringers wurde ich hingewiesen. Mir ist bekannt, dass im Falle einer Doppelversorgung die entstehenden Mehrkosten nicht von der Krankenkasse übernommen werden.

Hiermit bringe ich meinen Willen zum Ausdruck, die ärztlich verordnete Hilfsmittelversorgung im ausgewählten Therapiebereich ausschließlich durch die Firma Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH, Schnieglinger Str. 162, 90425 Nürnberg durchführen zu lassen.

Ort/Datum	Name, Vorname	Unterschrift (Versicherter/ges. Vertreter)

Rezeptanforderung

Zur Sicherstellung meiner Versorgung bevollmächtige ich hiermit die Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH die für meine Behandlung erforderlichen Folge-Verordnungen direkt bei meinem behandelnden Arzt anzufordern und sich übermitteln zu lassen. Die Vollmacht kann jederzeit widerrufen werden.

Datenschutz

Im Rahmen der Versorgung mit Hilfsmitteln erheben, speichern und verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten, insbesondere gesundheitsbezogene Daten, auf Grundlage einer gesetzlichen Ermächtigung, von Verträgen oder nach Ihrer Einwilligung. Verantwortliche Stelle der Datenverarbeitung: Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH, Schnieglinger Straße 162, 90425 Nürnberg, Tel.: 0911/9552880, info@hmp-medizintechnik.de . Eine Weitergabe Ihrer Daten an Dritte findet nur dann statt, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Empfänger Ihrer personenbezogenen Daten können vor allem Krankenkassen und Abrechnungsinstitute sein. Die Übermittlung erfolgt überwiegend zum Zwecke der Abrechnung mit dem Kostenträger zur Erfüllung des Versorgungsauftrags. Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht oder gesperrt, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Es gelten die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen. Sie haben ein Recht auf Auskunft der bei uns über sie gespeicherten personenbezogenen Daten sowie auf Berichtigung oder Löschung oder auf Einschränkung der Verarbeitung, ein Widerspruchsrecht gegen die Verarbeitung sowie das Recht auf Datenübertragbarkeit. Datenschutzbeauftragter: Herrn Gerald Lill, Projekt 29 GmbH & Co. KG, Ostengasse 14, 93047 Regensburg, Tel.: 0941 2986930, Fax: 0941 29869316, E-Mail: gl@projekt29.de, Internet: www.projekt29.de. Sollte unser Datenschutzbeauftragter Ihr Anliegen nicht zu Ihrer Zufriedenheit beantworten können, bleibt Ihnen in jedem Falle ihr Recht auf Beschwerde bei der für Ihr Bundesland zuständigen Datenschutz-Aufsichtsbehörde.
Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer Daten, insbesondere zu den Ihnen zustehenden Rechten, können Sie unserer Homepage unter https://www.hmp-medizintechnik.de/datenschutz entnehmen oder auf jedem anderen Wege unter den o.g. Kontaktdaten bei uns erfragen.

Einwilligungserklärung Datenschutz

Ich erkläre hiermit mein Einverständnis, dass im Rahmen der Hilfsmittelversorgung meine personenbezogenen Daten, insbesondere gesundheitsbezogene Daten, dazu zählen ärztliche Verordnungen, Diagnosen und Befunde von der Hans Müller HMP Medizintechnik GmbH erhoben, gespeichert, verarbeitet und an meine Krankenkasse sowie an Abrechnungsinstitute zur Erfüllung des Versorgungsauftrags und zum Zwecke der Abrechnung mit dem Kostenträger weitergegeben werden können.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

Ort/Datum	Name, Vorname	Unterschrift (Versicherter/ges. Vertreter)