

Medizintechnik Hutschenreuter GmbH
Pöttschker Weg 2-4 . 04179 Leipzig

Tel.: 0341 — 4805515
Fax.: 0341 — 4805517

Verordnung einer Sauerstoff-Langzeittherapie

Name: _____	Vers. _____
Vorname: _____	Krankenkasse: _____
Geb.-Datum: _____	Lieferadresse: _____
Anschrift: _____	Telefonnummer: _____

Patient wird voraussichtlich am _____ entlassen.

Diagnosen (ICD 10): _____

Bei o.g. Patienten liegt eine chronische Erkrankung vor. Trotz stabilisierten Zustand und unter adäquater medikamentöser Therapie besteht eine arterielle Hypoxämie fort:

- in Ruhe bei Belastung nachts

Eine oder mehrere der folgenden Kriterien sind erfüllt:

- o Ruhe p0: <7,3 kPa
- o Ruhe p02 zwischen 7,3 kPa und 8,0 kPa und:
 - o Cor pulmonale
 - o Sekundäre Polyglobulie (Hk >0,55)
- o Abfall des p02 <7,3 kPa unter Belastung
- o Hypoxämie während des Schlafes

Folgendes Applikationssystem wird verordnet:

- o Stationäres System
- o mobiles System mit Sparsystem
- o Konzentrator
- o Flüssig-Sauerstoff

Ein Flüssig-Sauerstoff-System ist erforderlich, weil:

- o eine hinreichende Mobilität des Patienten gegeben ist, die mit tragbaren Druckflaschen oder anderen Systemen nicht ausreichend sichergestellt werden kann.
- o der Patient außergewöhnlich hohe Sauerstoff-Flowraten benötigt.

Sauerstoffzufuhr ist erforderlich über _____ h:

Ruhe	p02 [kPa]	pCO2 [kPa]	O:-Sätt. [%]	Luftnot
ohne O:				
mit 1/min O:				ja/Nein

Belastung	p0: [kPa]	pCO2 [kPa]	O2-Sätt. [°A]	Luftnot gebessert
ohne Oz				
mit 1/min O2				Ja/Nein

nachts	p0: [kPa]	pCO2 [kPa]	O:-Sätt. [Vo]	Zeit mit einer O:-Sättigung < 90 %
ohne O:				
mit 1/min O2				

Datum _____ Unterschrift _____ Stempel _____