

# Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse im Rahmen des Entlassmanagements

Aus medizinischer Sicht besteht bei o.g. Patienten die Indikation für eine Sauerstoff-Langzeit-Therapie, da selbst nach Ausschöpfung aller anderen therapeutischen Maßnahmen eine respiratorische Insuffizienz/Globalinsuffizienz nachgewiesen wurde.

**Verordnung bitte vollständig ausfüllen bzw. zutreffendes ankreuzen, um eine reibungslose und zeitnahe Versorgung der Patienten sicherzustellen!**

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

Telefonnummer (Versicherter/Angehöriger): \_\_\_\_\_ gepl. Entlassung am: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

### Ein oder mehrere der nachfolgenden Kriterien sind erfüllt:

- Ruhe PaO<sub>2</sub> ≤ 55 mmHg (7.3 kPa).
- Abfall des PaO<sub>2</sub> auf weniger als 55 mmHg bei durchschnittlicher körperlicher Belastung.
- Hypoxämie während des Schlafes.

	in Ruhe				unter Belastung			
O <sub>2</sub>	SaO <sub>2</sub>	PO <sub>2</sub>	PCO <sub>2</sub>	ph	SaO <sub>2</sub>	PO <sub>2</sub>	PCO <sub>2</sub>	ph
ohne								
mit _____ l/min								
mit _____ l/min								

⇒  Es handelt sich um eine palliative O<sub>2</sub>-Versorgung, deshalb ist eine BGA nicht Teil der Verordnung.

	in Ruhe	bei Belastung	im Schlaf
<b>Flow/Liter pro Minute</b>			

Der Patient benötigt eine außergewöhnlich hohe Sauerstoffflussrate.

⇒ Die Sauerstoff-Langzeit-Therapie ist über mindestens \_\_\_\_\_ Std./Tag zu verabreichen.

⇒ Mobilität vorhanden  ja \_\_\_\_\_ Std./Tag  nein

⇒ Demandfähig  ja  nein

### Wir empfehlen daher die Kostenübernahme für folgende Therapie:

⇒ **Auswahl der Versorgungssysteme (zutreffendes bitte ankreuzen)**

Flüssigsauerstoff* inkl. 1 Mobilteil (14.24.05.x)	<input type="checkbox"/>	statio. Konzentrator* (14.24.06.0)	<input type="checkbox"/>	O <sub>2</sub> -Druckgasflasche mobil/tragbar (14.24.05.3)	<input type="checkbox"/>	Kinderversorgung (besonders feine Flow-Einstellung)	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	O <sub>2</sub> -Druckgasflasche mit Sparsystem (14.24.05.4)	<input type="checkbox"/>		Mob. Konzentrator (14.24.06.1 ff) (demandfähig getestet?)

\*bei einer Mobilität < 4 Std. empfehlen wir folgende Versorgungskombination: 14.24.05.x und 14.24.06.0.

Eine mobile Flüssig-Sauerstoff-Versorgung ist erforderlich:

Um die tägliche Mobilität des Patienten zu erhalten, die Belastungshypoxämie zu verbessern und möglichst lange Therapiezeiten zu erreichen.

Die Auslieferung der Hilfsmittel soll erfolgen an:  Privatadresse  Pflegeeinrichtung

Kontaktperson/Telefonnummer für Auslieferung: \_\_\_\_\_

Wir bitten Sie um zeitnahe Kostenübernahme für die verordneten Hilfsmittel um ein reibungsloses Entlass-Management zu gewährleisten und bedanken uns im Namen Ihres Versicherten. Nach dem Rahmenvertrag Entlass-Management nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V wurde Ihr Versicherter/ der Betreuer über mehrere Provider informiert und er hat sich für den Antragstellenden entschieden. Nach § 7 Abs. 3 haben wir für den Versicherten diesen Antrag erstellt. Da es sich bei dieser Versorgungsform um eine dauerhafte Versorgung handelt, bitte wir Sie § 4 Abs. 3 außer Acht zu lassen.

Ort, Datum

VA-Stempel, Unterschrift Ärzte/Klinik