



Westfalen
medical

Fax: 02745 93159299

Krankenkasse	Versicherten-Nr.
Name, Adresse des Versicherten	
Geb. Datum	
Betriebsstätten-Nr.	

Arzt	
Entlassung am	
Ansprechpartner Lieferort	Telefon

Alternative Lieferung <input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	Adresse
---	---------

Verordnung Sauerstofftherapie.

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse.

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

Diagnosen: _____

Palliativsituation

Blutgasanalyse

	in Ruhe ohne O ₂	in Ruhe mit O ₂	bei Belastung mit O ₂
PA O ₂	_____	_____	_____
PA CO ₂	_____	_____	_____

Empfohlene Sauerstoffzufuhr (Therapie-Flow)

	Ruhe	Belastung	Schlaf
Liter / Minute*	_____	_____	_____
Therapiedauer* _____ h / Tag	Mobilität (außer Haus)* _____ h / Tag		

*) wichtige Angaben für die Krankenkasse

Patient ist demandfähig Patient ist nicht demandfähig

Bemerkungen

Flüssigsauerstoffsystem

Sauerstoffkonzentrator

Druckgasflasche

Mobiler Konzentrator Typ: _____

Füllstation

Sonstiges

Versorger

Westfalen Medical GmbH Industriestraße 26 57555 Brachbach Tel. 0800 3335040 E-Mail: medinfo@westfalenmedical.de

Klinik / Arzt

Stempel / Unterschrift
