

Fax: 0251 695730324

Krankenkasse

Versicherten-Nr.



Westfalen Medical

Name, Adresse des Versicherten

Arzt

Entlassung am

Ansprechpartner Lieferort

Telefon

Geb. Datum

Betriebsstätten-Nr.

Ort

Datum

Alternative Lieferung

Adresse

Reha Kurzzeitpflege

Verordnung Sauerstofftherapie

Zuzahlungsbefreiung? Ja Nein

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: _____

Blutgasanalyse

Palliativsituation? Ja Nein

in Ruhe ohne O₂

in Ruhe mit O₂

bei Belastung mit O₂

PA O₂

PA CO₂

SA O₂%

Empfohlene Sauerstoffzufuhr (Therapie-Flow)

Ruhe

Belastung

Schlaf

Liter/Minute*

Einstellung mobiler Konzentrator*

Therapiedauer*

Std./Tag

Mobilität (außer Haus)*

Std. Tag

*)wichtige Angaben für die Krankenkasse



Flüssigsauerstoffsystem (stationär + mobil)

Sauerstoffkonzentrator (stationär)

Druckgasflasche

Mobiler Konzentrator

Patient ist demandfähig

Patient ist nicht demandfähig

Bemerkungen:

Versorger

Klinik / Arzt

Westfalen Medical GmbH
Einheitsstraße 3
57076 Siegen
Tel. 0800 3335040
medinfo@westfalenmedical.de

Stempel/Unterschrift