

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name und Vorname der/des Versicherten / Anschrift		Geboren am
Kostenträger-IK	Versicherten-Nr.	Status

Voraussichtlicher Entlassungstermin Telefon Nr. des Patient / der Patientin

Arzt / Klinik (Stempel)

Art der Entlassung

Entlassung in Eigenheim

Entlassung in eine Pflegeeinrichtung

Name der Pflegeeinrichtung:


Bei oben genannten/r Patient / Patientin besteht die Indikation zur Versorgung mittels eines Sauerstoffsystems für eine Sauerstoff-Langzeittherapie, nachdem alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, gemäß der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie.


Beschreibung der Diagnose


Partialdrücke (in mmHg)


	In Ruhe	Unter O ₂ - Gabe	Unter Belastung
PaO ₂			
PaCO ₂			
pH			

Folgendes Gerät wird verordnet

Sauerstoff-Konzentrator 

Mobile Sauerstoffflasche mit Sparsystem (inkl. Rucksack) 

Mobiler O₂ Konzentrator inkl. Zubehör 

Flüssigsauerstoffsystem stationär mit mobiler Einheit 

Anderes Gerät:

l/min

In Ruhe: _____ L O₂/min

Bei Belastung: _____ L O₂/min

Im Schlaf: _____ L O₂/min

Mobilität (Pflichtwert)

JA NEIN

Mobilitätsdauer außer Haus: ___ h/Tag

Therapiedauer

Therapiestunden am Tag _____

Patient/in ist demandfähig (Pflichtwert)

JA NEIN

Wir bitten Sie um rasche Kostenübernahme für das (die) verordnete(n) Hilfsmittel, damit der Patient / die Patientin schnellstmöglich entlassen werden kann. Es wird die folgende Firma beauftragt:

easy.breath Homecare GmbH • 28832 Achim • Tel: 04202 96530-10 • Fax: 04202 96530-11 • www.easy-breath.de

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen,

Ort _____ Datum _____ Unterschrift / Stempel _____