

Ausfüllhilfe für Flüssigsauerstoff

Sauerstofftherapie - Verordnungsformular

Fax: 0316 4691-122 oder 01 701 09-122

DaMe Befundübermittlung von A1: ME-Code MEVITALA

Tel.: 01 26200



- Ärztliche Verordnung**
 Verlängerung
 Umverordnung

Für SAUERSTOFF medizinisch
 AIR LIQUIDE Zulassungs-Nr. 1-26086¹

(dient zur Vorlage bei der
 zuständigen Krankenkasse)

¹ Nähere Informationen (Fachinformation) entnehmen
 Sie bitte dem Austria Codex bzw. wenden Sie sich
 direkt an Ihren Betreuer.

Herr/Frau		
[Orange Box]		
PLZ	Ort	Straße
[Orange Box]	[Orange Box]	[Orange Box]
Versicherungsnummer/Geburtsdatum		Krankenkasse
[Orange Box]		[Orange Box]
Telefon		Entlassungsdatum
[Orange Box]		[Orange Box]
E-Mail		Telefonnummer der Angehörigen
[Orange Box]		[Orange Box]

Aufgrund der erhobenen Befunde bei oben angeführtem(r) Patienten(in) besteht die Indikation zur Sauerstoff-Langzeittherapie, gemäß den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie.

BGA	in Ruhe		bei Belastung	
	bei Raumluft	bei Liter O ₂ / Minute	bei Raumluft	bei Liter O ₂ / Minute
PaO ₂	< 55 mmHg			
SaO ₂	< 88 %			
PaCO ₂				
AaDO ₂				

Diagnose: **Eine genaue Diagnose ist besonders wichtig, wenn die BGA**

nicht eindeutig ist, Flüssigsauerstoff aber angezeigt ist!

Flüssigsauerstoff-System VitalAire 45 l inkl. tragbarer Einheit und Zubehör:
 (Patient ist **mobil** und benötigt med. Sauerstoff außer Haus)

1,2 l Topfill oder 1,2 l Sidefill oder High Flow (für mehr als 6 Liter O₂ / Minute)
 Caddy oder Rucksack

Statt des tragbaren Flüssigsauerstoffbehälters 1,2 l Topfill/Sidefill können folgende tragbare Gassparsysteme ausgewählt werden:

! Bitte beachten Sie, dass der Patient einen bestimmten Atemfluss benötigt, um bei den nebenstehenden Modellen das Gassparventil zu öffnen und den Sauerstofffluss zu ermöglichen.

VitalAire Spirit 300 VitalAire Helios 300
 VitalAire Spirit 1200 VitalAire Helios Marathon

Medizinischer Sauerstoff in Druckflaschen inkl. Zubehör

Sauerstoffkonzentrator

Patient ist **immobil**: **Stand**sauerstoffkonzentrator inkl. Zubehör

Patient ist **mobil** und benötigt med. Sauerstoff außer Haus: **Stand- und mobiler** Sauerstoffkonzentrator inkl. Zubehör

Anwendungsdauer: **mind. 16** Stunden/Tag

Empfohlene Dosis:	Belastung:	Ruhe:	Nacht:
	[Orange Box] [Orange Box]	[Orange Box]	[Orange Box]
	Liter/Minute Stufe (mob. Konz.)	Liter/Minute	Liter/Minute

Empfohlene Anwendung: Nasal Doppelkanüle Atemmaske

[Orange Box]

[Orange Box]

[Orange Box]

Unterschrift/Verordner/Stempel

Datum der Ausstellung: [Orange Box] **Tel. Nr. der Abteilung:** [Orange Box]

424.000.8202/A-09 Verordnungsblatt