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. 1-26086[1]

(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

PLZ | Ort | Straße

Versicherungsnummer/Geburtsdatum | Krankenkasse

Telefon | Entlassungsdatum

E-Mail | Telefonnummer der Angehörigen

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				
SaO_2				
$PaCO_2$				
$AaDO_2$				

Diagnose: .....

.....

☐ **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 O_2 / 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:**	Patient ist **mobil** und benötigt med. Sauerstoff außer Haus:
☐ **Stand**sauerstoffkonzentrator inkl. Zubehör	☐ **Stand-** und **mobiler** Sauerstoffkonzentrator inkl. Zubehör

Anwendungsdauer: ☐ Stunden/Tag

Empfohlene Dosis:

Belastung:		**Ruhe:**	**Nacht:**
Liter/Minute	Stufe (mob. Konz.)	Liter/Minute	Liter/Minute

Empfohlene Anwendung: ☐ Nasal Doppelkanüle ☐ Atemmaske

Unterschrift/Verordner/Stempel

Datum der Ausstellung: ..... **Tel. Nr. der Abteilung:** .....

Air Liquide Austria GmbH | 2320 Schwechat | Sendnergasse 30 | medizin.at@airliquide.com | www.vitalaire.at

424.000.802/A:09 Verordnungsblatt