

Sauerstofftherapie - Verordnungsformular

DaMe Befundübermittlung von A1: ME-Code MEVITALA

Mail: medizin.at@airliquide.com Fax: 0316 4691-122 oder 01 70109-122

Telefon für Verordner: 01 26200 Telefon für Patienten: 0810 242 144



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		
<input type="text"/>		
PLZ	Ort	Straße
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Versicherungsnummer/Geburtsdatum		Krankenkasse
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Telefon		Entlassungsdatum
<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-Mail		Telefonnummer der Angehörigen
<input type="text"/>		<input type="text"/>

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 (mind. 2 Werte notwendig)		bei Belastung (mind. 2 Werte notwendig)	
	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 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 mobiler Sauerstoffkonzentrator inkl. Zubehör
--	---

Anwendungsdauer: Stunden/Tag

Empfohlene Dosis:

Belastung:	Ruhe:	Nacht:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Liter/Minute	Stufe (mob. Konz.)	Liter/Minute

Unterschrift/Verordner/Stempel

Name Ansprechpartner:

Datum der Ausstellung: Tel. Nr. der Abteilung: