



Rev.: 0
O2 Verordnung

Unterschrift/Verordner/Stempel/Datum

Medical Austria GmbH
Admiralstraße 13
2352 Gumpoldskirchen
Fax: +43 2252 607250-202
Tel.: +43 2252 607250-214

Download: <http://www.messer-medical.at/Sauerstofftherapie/index.html>

Ärztliche **Verordnung** **Verlängerung**
(dient zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse)

Patient: _____
Adresse: _____
Tel. Nr: _____
VSNr: _____
Krankenkasse: _____

Diagnose:

Da der (die) Patient(in) auch außerhalb der Wohnung mobil ist und unter Belastung auf die Sauerstofftherapie angewiesen ist, besteht die Indikation für ein mobiles Flüssigsauerstofftherapiegerät:

- System Sanox
- System Helios mit Sparventil
- System Sanox Highflow Tragebehälter

Dosierung:

Ruhe _____ l/min
Belastung _____ l/min mind. 16 Stunden täglich
Nacht _____ l/min

Blutgasanalyse in Ruhe:

Bei Raumluft pO2 _____ pCO2 _____ AaDO2 _____ SaO2 _____
Mit _____ l/min pO2 _____ pCO2 _____ AaDO2 _____ SaO2 _____

Blutgasanalyse bei Belastung:

Bei Raumluft pO2 _____ pCO2 _____ AaDO2 _____ SaO2 _____
Mit _____ l/min pO2 _____ pCO2 _____ AaDO2 _____ SaO2 _____

Patient ist immobil und bedarf einer Langzeitsauerstofftherapie

- Sauerstoffkonzentrator

empfohlene Dosierung: _____ l/min mind. _____ Stunden täglich