

# Muster O<sub>2</sub> Verordnung

### **Vivisol Deutschland GmbH**



## Fax: 03628 / 921 19 01

	Krankenkasse bzw. Kostenträger	BVG I	Offs- I nittel :	mpt- S stoff B	prSt. edarf	Begr Pflicht	Apothe	ken-Nummer / IK			
Gebühr frei	Teilmobilität	6	7	8	9						
Geb pfl.	Name, Vorname des Versicherten	Zuzahlu	19		Ge	samt-Brut	10				
pfl.	oder gob. am	Arzneim	ictel-/H	ifsmittel	-Nr.		Faktor	Taxe			
Sonstige		1. Veror	drung								
H	Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status	2. Veror	dnung	1		11					
Unfall	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum	-	- 1	+	+	* *	+				
Arbeits- unfail		3. Veror	anung								
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)						Vert	ragsarztstempe	H		
aut	O <sub>2</sub> Konzentrator + Flaschenfüllstation oder O <sub>2</sub> Konzentrator +	+ 21 GC	X F	lasch	ne	Prax	is Dr. N	lusterman	n		
lidem	Diagnose:						terstr.				
aut	BGA ohne O <sub>2</sub> : PaO <sub>2</sub> XX mmHg, PaCO <sub>2</sub> XX mmHg, ph XX 12345 Musterhausen										
idem	BGA mit O <sub>2</sub> : PaO <sub>2</sub> XX mmHg, PaCO <sub>2</sub> XX mmHg,ph XX							564788			
aut	X I/min (Ruhe), X I/min (Belastung), >16h/d, Mobilität: > 0-2 h/d Fax.: 01234/56789										
aut idem	Demandfähig: Ja / Nein										
Bei Ar	Abgabedatum in der Apotheke							chrift des Arzte uster 16 (7.200			
auszu	füllen!										
Unfi											
	Krankenkasse bzw. Kostenträger		8	VG m	ffs- Im thei sto	of Sprt	t. Begr rf Pflicht	Apotheken-1	Nummer / IK		
느	Hohe Mobilität/Flowbedarf >4I/min		11		7	8 9					
_			- L	uzahlun		_	Gesamt-Brut	10			
- 1	pf.		П								
- 1	geb. a	m	П								
- 1				Arzneimit				Faktor	Taxe		
	Ш	1. Verordnung									
	Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status		1	. Verord	nung	-					
	Unfall		41		4		-				
	Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum			. Verord	nung						
	west-		Jl					Vertrans	sarztstempel		
	Rp. (Bitte Leerräume durchstreichen)								All Eloidinpoi		
	Flüssigsauerstoffsystem Diagnose:  BGA ohne O <sub>2</sub> : PaO <sub>2</sub> XX mmHg, PaCO <sub>2</sub> XX mmHg, ph XX BGA mit O <sub>2</sub> : PaO <sub>2</sub> XX mmHg, PaCO <sub>2</sub> XX mmHg, ph XX						Prax	Praxis Dr. Mustermann			
							Mu	Musterstr. 12 12345 Musterhausen Tel.: 01234/564788			
	X I/min (Ruhe), X I/min (Belastung), >16h/d, Mobilität: > 4 h/d Fax.: 01234/56789  Demandfähig: Ja / Nein  Unterschift des								5789		
									to dee Amter		
	Abgabedatum in der Apotheke								rt des Arztes er 16 (7.2008)		
	Bei Arbeitsunfall auszufüllen!										
	Unfalltag Unfallbetrieb oder Arbeitgebernummer										







## **LEGENDE**

- Stationärer Konzentrator für zu Hause und Flaschenfüllstation bei 0-2 h Mobilität pro Tag
- Stationärer Konzentrator für zu Hause und GOX ( Druckgasflasche) bei 0-2 h Mobilität pro Tag und als Backupsystem
- Stationärer Konzentrator für zu Hause und transportabler Konzentrator bei hoher Mobilität ab 3h täglich.
  - Max. Abgabe eines transportablen Konzentrators: 3l/min im Dauerflow.
  - Im Demandmodus (= O<sub>2</sub>-Bolus pro Atemzug) deutlich längere Akkulaufzeit/Mobilität.
  - Eine Demandtestung ist in diesem Fall erforderlich.
- Flüssigsauerstoffsystem für eine hohe Mobilität über 4 h pro Tag und/oder hoher Flowbedarf > 4l/min

## Demandfähigkeit:

Unter Demandfähigkeit versteht man die Fähigkeit eines Patienten mit seinem Atemzug ein sogenanntes Demand-Ventil so auszulösen (zu triggern), dass durch die Einatmung ein O<sub>2</sub> Bolus abgegeben wird. Somit wird O<sub>2</sub> nur während der Einatmung abgegeben und nicht in der Ausatemphase. Dieses Sparsystem erhöht die Reichweite deutlich.

Zusätzlich sollte bei einem Demandtest durch eine BGA ermittelt werden, ob die Sauerstoffsättigung auch unter diesem nicht-permanenten Sauerstofffluss ausreichend ist.

!!! Wenn dieser Test in der Klinik/der Praxis nicht durchgeführt werden kann, bitte bei auf dem Rezept "nein" ankreuzen !!!

Dieser kann auch später bei einem Pneumologen durch einen 6 min Geh- und Belastungstest nachgeholt werden.

### **BGA**:

Die BGA kann auch separat angehängt werden.

Bei einer palliativen Situation ist keine BGA notwendig!

