

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des/ der Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Vers.-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Wichtig! Bitte ausfüllen!

Ansprechpartner/in der Klinik: _____
Durchwahl Ansprechpartner/in: _____
Entlassungstermin: _____
Terminvereinbarung mit: _____
Unter der Telefonnummer: _____
Lieferadresse: _____ _____ _____

Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

Bei der o. g. Patientin / dem o. g. Patienten besteht die Indikation zur Langzeit-Sauerstofftherapie gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie. Alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten wurden ausgeschöpft, die Patientin / der Patient ist kooperativ und tabakabstinent.

Diagnosen

Blutgasanalyse

☐ Palliativversorgung (keine BGA nötig)

	in Ruhe		unter Belastung	
	PaO ₂	PaCO ₂	PaO ₂	PaCO ₂
ohne O ₂				
mit O ₂				
mit Demandsystem				

Therapieparameter:

Im Schlaf:	_____ l / min
In Ruhe:	_____ l / min bzw. Stufe
Bei Belastung:	_____ l / min bzw. Stufe

Applikationsdauer: _____ Stunden / Tag (> 15 Std. = LTOT*)
Mobilität: ☐ ja ☐ nein
Mobilitätsziel: _____ Stunden / Tag (> 10 m Radius)

Die Patientin / der Patient ist **demandfähig**: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht getestet

Nutzt die Patientin / der Patient RehaHilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehstock, Rollator)? ☐ ja ☐ nein

Als Sauerstoffquelle wird deshalb ärztlich verordnet:

- ☐ **Sauerstoffkonzentrator** (stationär, z.B. Compact KS525, VisionAire)
- ☐ **Mobilkonzentrator** (Demandsystem, z. B. Inogen Rove 6™, iGo2)
- ☐ **Mobilkonzentrator** (Dauerfluss, z. B. Eclipse®)
- ☐ **Flaschenfüllsystem** (z.B. iFill®)
- ☐ **Sauerstoffdruckgasflasche**
- ☐ **Flüssigsauerstoff** inkl. mobilem Gerät

Flüssigsauerstoff-System ist erforderlich, weil:

- ☐ eine hinreichende Mobilität der Patientin / des Patienten gegeben bzw. angestrebt ist, die mit anderen Systemen nicht sichergestellt werden kann
- ☐ die Patientin / der Patient außergewöhnlich hohe Sauerstoff-Flowraten (> 5 l / min) benötigt

Wir bitten um zeitnahe Kostenübernahme, damit ein schneller Therapiebeginn gewährleistet werden kann.

Als Lieferanten empfehlen wir: VIVISOL Deutschland GmbH, Hinterm Stadion 1, 99310 Arnstadt.

Fax: 03628 9211-901, Tel.: 03628 9211-0, E-Mail: ozwei@vivisol.de

Mit freundlichen Grüßen

_____, den _____ Unterschrift/Stempel _____

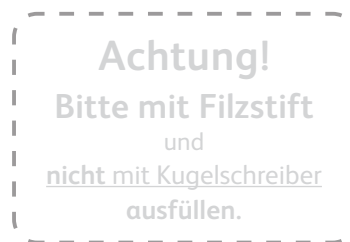
Einverständnis- und Wahlrechtserklärung zur Hilfsmittelversorgung

Ich (Vorname, Name) _____,

wohnhaft (Anschrift) _____,

geboren am _____,

Krankenkasse, KV-Nr. _____,



soll entsprechend meiner ärztlichen Verordnung vom _____ mit dem(n) umseitig beschriebenen Hilfsmittel(n) versorgt werden.

Mir steht als gesetzlich versicherter Person ein Wahlrecht hinsichtlich der Hilfsmittel-Leistungserbringers im Rahmen der § 33 Abs. 6 SGB V, § 33 SGB I, GG Art. 2 Abs. 2 zu.

Ich wurde eingehend darüber informiert, dass ich bezüglich der Versorgung mit dem(n) umseitig verordneten Hilfsmittel(n) den Leistungserbringer frei wählen kann.

Ich möchte ausdrücklich von der VIVISOL Deutschland GmbH (IK 590 920 274) versorgt werden. Einer Weitergabe meiner Daten an einen anderen Leistungserbringer durch meinen zuständigen Kostenträger widerspreche ich hiermit ausdrücklich.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde oder gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter

Datenschutzhinweise zur Datenverarbeitung durch die VIVISOL Deutschland GmbH

Im Rahmen Ihrer Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Firma VIVISOL Deutschland GmbH verarbeitet die VIVISOL die mit Ihrer Versorgung im Zusammenhang stehenden personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person insbesondere auch um Informationen über Ihre Gesundheit, die nach der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) einem besonderen Schutz unterliegen. Ihre Daten werden grundsätzlich ausschließlich von VIVISOL verarbeitet und nicht an Dritte weitergegeben. Ausnahmen betreffen die Fälle, in denen der Gesetzgeber die Weitergabe der Daten verlangt oder vorsieht, z. B. um Ihre oder unsere Interessen zu wahren oder unsere vertraglichen Pflichten zu erfüllen (z. B. Austausch aller für Ihre medizinische Versorgung relevanten Daten und Dokumente zwischen dem Kostenträger, dem Verordner und der VIVISOL). Eine Weitergabe Ihrer Daten durch VIVISOL erfolgt nur unter Wahrung der DS-GVO und des BDSG. Eine Weiterleitung Ihrer Daten an Dritte zu werblichen Zwecken ist ausgeschlossen.

Darüber hinaus können folgende Stellen Ihre Daten erhalten:

Von uns eingesetzte Auftragsverarbeiter (Art. 28 DS-GVO), insbesondere im Bereich der (Sauerstoff-)Logistik, IT- bzw. Projekt-Dienstleistungen (wie z. B. Helpdesk, Servicetelefonie), Entsorgung und Druckdienstleistungen, die Ihre Daten weisungsgebunden für uns verarbeiten.

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

☐ Ich erkläre hiermit die Einwilligung in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten (einschließlich meiner im Rahmen der Versorgung erhobenen, gespeicherten oder genutzten Gesundheitsdaten) im vorstehend beschriebenen Umfang. Es steht jederzeit frei, meine Einwilligung ohne Angabe von Gründen für die Zukunft zu widerrufen, was ggf. zu Einschränkungen meiner Versorgung führen kann.

Ort, Datum

Unterschrift Kunde oder gesetzlicher Vertreter/Bevollmächtigter

Die VIVISOL Deutschland GmbH verarbeitet Ihre Daten nach den Grundsätzen der Datenschutzgrundverordnung gem. Art. 5 DSGVO zum Zwecke der Versorgung auf Grundlage der Artt. 6 (1) lit. a), c) und 9 (2) lit. a), h). Die personenbezogenen Daten werden nicht an Dritte ohne Rechtsgrundlage übermittelt und nach der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist datenschutzgerecht gelöscht. Weitere Informationen zum Datenschutz und zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten bei VIVISOL finden Sie auf unserer Homepage unter www.vivisol.de/index.php/pages/datenschutz. Bei Fragen zum Datenschutz wenden Sie sich bitte an folgende E-Mail Adresse: datenschutz@vivisol.de.