

Sauerstoff-Verordnung

air-be-c Medizintechnik GmbH
 Fax (0365) 20 57 18 49 Telefon (0365) 20 57 18 0

Klinik/Praxis:

Datum:

Patient:

Krankenkasse:

Geb.-Datum:

Vers.-Nr.:

Diagnose:

Blutgasanalyse:

	In Ruhe		unter Belastung	
	ohne O ₂	mit O ₂ : l/min	ohne O ₂	mit O ₂ : l/min
ph				
pCO ₂				
pO ₂				
sO ₂				

Gehstrecke in 6 Minuten:	Meter ohne O ₂	Meter mit O ₂	l/min
--------------------------	---------------------------	--------------------------	-------

Therapiemaßnahmen:

<input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/> je Tag	<input type="checkbox"/> Std./Tag
	<input type="checkbox"/> in Ruhe / nachts ... l/min	<input type="checkbox"/> Std./Tag
	<input type="checkbox"/> bei Belastung ... l/min	<input type="checkbox"/> Std./Tag

Benötigte Therapiesysteme:

<input type="checkbox"/> Stationäre Versorgung	<input type="checkbox"/> Mobile Versorgung
	<input type="checkbox"/> Demandsystem (Eignung getestet/nicht getestet)
<input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator	<input type="checkbox"/> Flaschensysteme
<input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoff	<input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoff
	<input type="checkbox"/> Mobilkonzentrator

Begründung:

Blutgasanalyse beiliegend

Unterschrift des Arztes