

Sauerstofftherapie - Verordnungsformular

Online Formblatt: www.vitalaire.at/o2verordnung

Fax: 0316/4691-122

Tel.: 0810 242 144 (zum Ortstarif)



- Ärztliche Verordnung**
 Verlängerung

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"/>	<input type="text"/>
Telefon:		Entlassungsdatum:
<input type="text"/>		<input type="text"/>
Telefonnummer der Angehörigen:		
<input type="text"/>		

Aufgrund der erhobenen Befunde bei oben angeführtem(r) Patienten(in) besteht die Indikation zur Sauerstofflangzeittherapie, gemäß den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie.

BGA

	bei Raumluft	bei Liter O ₂ / Minute	bei Belastung
PaO ₂			
SaO ₂			
PaCO ₂			
AaDO ₂			

Diagnose:

Flüssigsauerstoffsystem VitalAire - Patient ist **mobil** und bedarf einer Langzeitsauerstofftherapie

Med. O₂ Bedarf außer Haus

Flüssigsauerstoffsystem VitalAire inkl. tragbarer Einheit, inkl. Zubehör.
 VitalAire stationärer Flüssigsauerstoffbehälter 45 l, VitalAire tragbarer Flüssigsauerstoffbehälter

1,2 l Topfill und Caddy für tragbare Behälter oder 1,2 l Sidefill und Caddy für tragbare Behälter

Statt des tragbaren Flüssigsauerstoffbehälter 1,2 l Topfill/Sidefill können folgende tragbare Gassparersysteme 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

Sauerstoff-Konzentrator

Patient ist **immobil** Patient ist **mobil** (erfüllt nicht die Kriterien für Flüssigsauerstoff)

Standsauerstoffkonzentrator inkl. Zubehör **Stand- und mobiler** Sauerstoffkonzentrator inkl. Zubehör (auf Anfrage)

Anwendungsdauer: Stunden/Tag

Empfohlene Dosis:

Belastung: Liter/Minute **Ruhe:** Liter/Minute **Nacht:** Liter/Minute

Empfohlene Anwendung:

Nasal Doppelkanüle Atemmaske
 Oxynasor* Oxyarm*

Unterschrift/Verordner/Stempel

Telefonnummer der Abteilung:

* Kosten werden nicht von Krankenkassen getragen