

# Ausfüllhilfe für Flüssigsauerstoff

## Sauerstofftherapie - Verordnungsformular

Fax: 0316 4691-122 oder 01 70109-122

Tel.: 01 26200

- Ärztliche Verordnung**  
 **Verlängerung**

Für SAUERSTOFF medizinisch  
 AIR LIQUIDE Zulassungs-Nr. 1-26086<sup>1</sup>  
 (dient zur Vorlage bei der  
 zuständigen Krankenkasse)

<sup>1</sup> Nähere Informationen (Fachinformation) entnehmen  
 Sie bitte dem Austria Codex bzw. wenden Sie sich  
 direkt an Ihren Betreuer.



Herr/Frau

PLZ  Ort  Straße

Versicherungsnummer/Geburtsdatum  Krankenkasse

Telefon  Entlassungsdatum

Telefonnummer der Angehörigen

**Aufgrund der erhobenen Befunde bei oben angeführtem(r) Patient(en) besteht die Indikation zur Sauerstoff-Langzeittherapie, gemäß den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie.**

### BGA

	bei Raumluft	bei ..... Liter O <sub>2</sub> / Minute	bei Belastung
PaO <sub>2</sub>	<b>&lt; 55 mmHg</b>		
SaO <sub>2</sub>	<b>&lt; 88 %</b>		
PaCO <sub>2</sub>			
AaDO <sub>2</sub>			

**Diagnose:** **Eine genaue Diagnose ist besonders wichtig, wenn die BGA**

**nicht eindeutig ist, Flüssigsauerstoff aber angezeigt ist!**

**Flüssigsauerstoff-System VitalAire inkl. tragbarer Einheit, inkl. Zubehör.**  
 (Patient ist **mobil** und benötigt med. Sauerstoff außer Haus)

VitalAire stationärer Flüssigsauerstoffbehälter 45 l **und** VitalAire tragbarer Flüssigsauerstoffbehälter

1,2 l Topfill oder  1,2 l Sidefill oder  High Flow (für mehr als 6l/min)

**inklusive:**

Caddy für tragbare Behälter oder  Rucksack für tragbare Behälter

**Statt des tragbaren Flüssigsauerstoffbehälters 1,2 l Topfill/Sidefill können folgende tragbare Gassparsysteme 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**

**Sauerstoffkonzentrator**

Patient ist **immobil**:  **Stand**sauerstoffkonzentrator inkl. Zubehör

Patient ist **mobil** und benötigt med. Sauerstoff außer Haus:  
 **Stand- und mobiler** Sauerstoffkonzentrator inkl. Zubehör  
 Inogen One G3  Inogen One G2

**Anwendungsdauer:**  Stunden/Tag

**Empfohlene Dosis:**

Belastung:	Ruhe:	Nacht:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Liter/Minute	Liter/Minute	Liter/Minute

**Empfohlene Anwendung:**  Nasal Doppelkanüle  Atemmaske

Unterschrift/Verordner/Stempel

**Datum der Ausstellung:**  **Tel. Nr. der Abteilung:**

424.000.802/A-07 Verordnungsblatt