

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name und Vorname der/des Versicherten / Anschrift Geboren am

Kostenträger-IK Versicherten-Nr. Status

Arzt / Klinik (Stempel)

Voraussichtlicher Entlassungstermin Telefon Nr. des Patienten / der Patientin

Art der Entlassung

- Entlassung in die Häuslichkeit
 Entlassung in eine Pflegeeinrichtung

Name der Pflegeeinrichtung:

Bei dem oben genannten Patienten/bei der oben genannten Patientin besteht die Indikation zur Versorgung mittels eines Sauerstoffsystems für eine Sauerstoff-Langzeittherapie, nachdem alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, gemäß der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie.

Beschreibung der Diagnose

Partialdrücke (in mmHg)

	In Ruhe	Unter O ₂ - Gabe	Unter Belastung
PaO ₂			
PaCO ₂			
pH			

Folgendes Gerät wird verordnet

- Sauerstoff-Konzentrator 
- Mobile Sauerstoffflasche mit Sparsystem (inkl. Rucksack) 
- Mobiler O₂ Konzentrator inkl. Zubehör 
- Flüssigsauerstoffsystem stationär mit mobiler Einheit 
- Anderes Gerät:

l/min

In Ruhe: _____ L O₂/min
 Bei Belastung: _____ L O₂/min
 Im Schlaf: _____ L O₂/min

Mobilität (Pflichtwert)

JA NEIN
 Mobilitätsdauer außer Haus: ____ h/Tag

Therapiedauer

Therapiestunden am Tag _____

Patient/in ist demandfähig (Pflichtwert)

JA NEIN

Wir bitten Sie um rasche Kostenübernahme für das (die) verordnete(n) Hilfsmittel, damit der Patient / die Patientin schnellstmöglich entlassen werden kann. Es wird die folgende Firma beauftragt:

easy.breath Homecare GmbH • 28307 Bremen • Tel: 0421 / 699 031 0 • Fax: 0421 / 699 031 299 • www.easybreath-homecare.de

Vielen Dank und mit freundlichen Grüßen,

Ort Datum Unterschrift / Stempel