

Sauerstofftherapie - Verordnungsformular

Online Formblatt: www.vitalaire.at/o2verordnung

Fax: 0316/4691-122 oder **01/701 09 122**

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: Clusterkopfschmerz

Flüssigsauerstoffsystem 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 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 und benötigt med. Sauerstoff außer Haus:
<input type="checkbox"/> Stand sauerstoffkonzentrator inkl. Zubehör	<input type="checkbox"/> Stand- und mobiler Sauerstoffkonzentrator inkl. Zubehör
	<input type="checkbox"/> Inogen One G3 <input type="checkbox"/> Inogen One G2

Anwendungsdauer: min / Attacke

Empfohlene Dosis: Liter / Minute

Empfohlene Anwendung: Nasal Doppelkanüle Atemmaske

mit Rückatmungsventil und Reservoirbeutel

Unterschrift/Verordner/Stempel

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