

|                                         |                             |
|-----------------------------------------|-----------------------------|
| Krankenkasse                            |                             |
| Name Versicherte/r                      |                             |
| Adresse                                 | Abweichende Lieferanschrift |
| !!! Versicherten-Nr. / Geburtsdatum !!! |                             |
| Unsere DaMe-Nummer<br><b>ME555604</b>   | Datum                       |

# VERORDNUNG

für medizintechnische Hilfsmittel  
bei Atemwegserkrankungen

**- Entlassungsrelevante Hilfsmittel -**

**zur Vorlage bei der Krankenkasse**

| Diagnosen | Vertragsarztstempel & Unterschrift | Name/Tel. Verordner/Station   |
|-----------|------------------------------------|-------------------------------|
|           |                                    | Name/Tel. Patient/Angehöriger |
|           |                                    |                               |

☐ Erstverordnung ☐ Folgeverordnung ☐ Umversorgung Entlassungstermin: \_\_\_\_\_

## Sauerstoff-Versorgung

### Kriterien nach S2k-Leitlinie Langzeit-Sauerstofftherapie:

Bei dem/der genannten Patienten/Patientin liegt eine chronische Erkrankungen vor. Trotz stabilisiertem Zustand der Erkrankung und adäquater Pharmakotherapie besteht eine arterielle Hypoxämie.

### Eine oder mehrere der nachfolgenden Kriterien sind erfüllt:

- ☐ Ruhe  $\text{PaO}_2 \leq 55 \text{ mmHg}$  (7,3 kPa)
- ☐ Ruhe  $\text{PaO}_2$  zwischen 55 und 60 mmHg und klinische Zeichen eines Cor pulmonale und/oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie ( $\text{HK} \geq 55\%$ ,  $\text{Hb} \geq 18 \text{ g/dl}$ )
- ☐ Abfall des  $\text{PaO}_2$  auf weniger als 55 mmHg bei durchschnittlicher körperlicher Belastung (Aktivitäten des tägl. Lebens)
- ☐ Hypoxämie während des Schlafens

### Palliative Versorgung

- ☐ Es handelt sich um eine **palliative  $\text{O}_2$ -Versorgung**, daher ist eine BGA nicht Teil der Verordnung. Alle weiteren Voraussetzungen seitens des Patienten (Nikotinkarenz, Kooperation) für die Durchführung der  $\text{O}_2$ -Therapie sind erfüllt.

| Therapie-/Einstellwerte:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Blutgasanalyse (BGA)           | ohne $\text{O}_2$ |                |    |                | mit ____ l/min $\text{O}_2$ |                |    |                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------|----------------|----|----------------|-----------------------------|----------------|----|----------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                | $\text{pO}_2$     | $\text{pCO}_2$ | pH | $\text{SaO}_2$ | $\text{pO}_2$               | $\text{pCO}_2$ | pH | $\text{SaO}_2$ |
| <b>Demandfähigkeit</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein<br>..... Std/Tag $\text{O}_2$ -Therapie<br>..... $\text{O}_2$ l/min in Ruhe<br>..... $\text{O}_2$ l/min unter Belastung<br>Mobilität <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja ..... Std/Tag<br>6min Gehstrecke mit $\text{O}_2$ ..... m<br>ohne $\text{O}_2$ ..... m | <b>In Ruhe</b><br>Datum:       |                   |                |    |                |                             |                |    |                |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Bei Belastung</b><br>Datum: |                   |                |    |                |                             |                |    |                |

### Entlassungsrelevante Hilfsmittel:

| Stationärer Sauerstoffkonzentrator                                            | Mobile Versorgung                                                                                                                                         | Flüssigsauerstoff (LOX)                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> bis 5 l/min<br><input type="checkbox"/> bis 10 l/min | <input type="checkbox"/> Tragbarer Sauerstoffkonzentrator (Triggerung)<br><input type="checkbox"/> Mobiler Sauerstoffkonzentrator (Dauerflow bis 3 l/min) | <input type="checkbox"/> Vollversorgung (Stationär & Mobil) |

| Weitere Hilfsmittel: |
|----------------------|
|                      |

### **Sauerstofftherapie**



**Konzentratoren, stationär + mobil  
Füllstationen, FlüssigO2**

### **Beatmung mit COPD-Modi**



**prisma VENT30/40/50-C  
LUISA von LöwensteinMedical  
Astral 150/Stellar 150  
von ResMed  
OXYvent Cube**

### **Sekretolyse**



**VibraVest/AffloVest  
Die hochfrequente Vibrations-Weste  
Cough Assist E70/Kalos  
Hustenassistent  
mit Vibrationsmodus**

### **Inhalation**



**Membran-Vernebler, Ultraschallvernebler,  
Vernebler mit Schall-Vibration insbesondere  
für Nasennebenhöhlenentzündung**

### **Schlafapnoe**



**CPAP/autoCPAP/  
BiLevel/BiLevel ST/Cheyne Stokes  
von Löwenstein Medical und  
ResMed**

### **Monitoring**



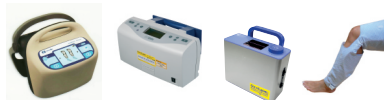
**Pulsoxymetrie, SISS  
Babycontrol  
Blutdruckmessung**

### **Atemtherapiegeräte**



**GeloMuc / Flutter / Quake /  
RC-Cornet Plus / Acapella /  
RespiPro / PowerBreathe medic/  
Peak-Flow-Meter/RC-Fit CLASSIC**

### **Thromboseprophylaxe Apparative Kompressions- therapie IPK/AIK**



**SCD System, AV-Impulse, Doctus  
mit Hand- Bein- oder Fuß-  
manschette**

### **Chronische Wunden/ Diabetisches Fußsyndrom**



**Wundheilung/PAVK-Therapie mit der  
Intermittierende Unterdrucktherapie  
mit dem FlowOx 2.0**

### **Datenschutzhinweis:**

Im Rahmen Ihrer Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Firma OxyCare Medizintechnik GmbH, Wien, erheben, verarbeiten und nutzen wir, die OxyCare Medizintechnik GmbH, Wien, die mit Ihrer Versorgung im Zusammenhang stehenden personenbezogenen Daten. Bei diesen Daten handelt es sich neben allgemeinen Informationen zu Ihrer Person insbesondere auch um Informationen über Ihre Gesundheit, die als „personenbezogene Daten besonderer Art“ nach dem Datenschutzgesetz besonderem Schutz unterliegen. Im Zusammenhang mit Ihrer Versorgung übermitteln wir Ihre Daten ggf. auch an Ihre Krankenversicherung, soweit diese die Daten für die Abrechnung mit Ihnen oder mit uns benötigt.

Wir werden Ihre personenbezogenen Daten nur im Rahmen des vorstehend beschriebenen Umfangs und für die genannten Zwecke erheben, verarbeiten und nutzen und insbesondere, mit Ausnahme Ihrer Krankenversicherung und den vorstehend genannten Unternehmen, nicht an Dritte übermitteln.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der DSGVO, sowie weiteren maßgeblichen Rechtsvorschriften. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung ist in Art. 6 Abs. 1 lit. b und c DSGVO normiert. Darüber hinaus werden Ihre personenbezogenen Daten auch aufgrund gesetzlicher Verpflichtungen verarbeitet (Art. 6 Abs. 1 lit c DSGVO). § 147 Abs. 1 Nr. 2-4, Abs. 3 AO normiert eine Aufbewahrungspflicht für die steuerlichen Belange. Handels- bzw. Geschäftsbrieft wie Eingangs- und Ausgangsrechnungen, Lieferscheine, Kostenvoranschläge und Verträge dürfen bereits von Gesetzes wegen innerhalb der maßgeblichen Frist (10 Jahre) nicht gelöscht werden. Bei von einem Unternehmer versandten Lieferscheine endet die Aufbewahrungsfrist jedoch mit dem Versand der Rechnung, wenn die Rechnung alle Informationen enthält, die ansonsten im Lieferschein enthalten sind.

OXYCARE Medizintechnik GmbH, Wien  
21.06.2023 Revision 0