



<b>Patientendaten</b>	Vor- und Zuname		Geschlecht		Krankenkasse	
	<input type="text"/>		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		<input type="text"/>	
	PLZ	Ort	Versicherungsnummer		Geburtsdatum (dd/mm/yy)	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>	
	Strasse		Entlassungsdatum		Telefonnummer des Patienten	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		
Lieferadresse (falls abweichend von der Patientenadresse)			Name Angehöriger / Sachwalter / Telefonnummer			
<input type="text"/>			<input type="text"/>			

Bei dem oben genannten Patienten besteht die Indikation zur Sauerstofflangzeittherapie gemäß den Kriterien der Österreichischen Gesellschaft für Lungenerkrankungen und Tuberkulose. Die folgenden Blutgaswerte wurden ermittelt:

		PaO <sub>2</sub> (mmHg)	SaO <sub>2</sub> (%)	AaDO (mmHg)
<b>Ohne O<sub>2</sub>-Gabe</b>	Wachzustand / Ruhe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Belastung (0,5 Watt/kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Schlaf	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Mit O<sub>2</sub>-Gabe</b>	Wachzustand / Ruhe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Belastung (0,5 Watt/kg)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Schlaf	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Diagnose**

**Empfehlung**

Sauerstoffbedarf gegeben auch außerhalb des Hauses:  Ja  Nein

Therapieversuch in Ruhe:  2 l/min.  3 l/min.  4 l/min.  5 l/min.  6 l/min.  \_\_\_\_\_ l/min.

Therapieversuch bei Belastung:  2 l/min.  3 l/min.  4 l/min.  5 l/min.  6 l/min.  \_\_\_\_\_ l/min.

Therapieversuch bei Nacht:  2 l/min.  3 l/min.  4 l/min.  5 l/min.  6 l/min.  \_\_\_\_\_ l/min.

Therapie	LOX	KONZ
	<p>Flüssigsauerstoff VIVILOX</p> <p>O<sub>2</sub>-Bedarf ist pro Tag mit mehr als 16 Stunden gegeben</p> <p><input type="checkbox"/> Flüssigsauerstoffsystem</p> <p>bestehend aus einem Standgerät (Liberator) und einer mobilen Einheit (Sprint, Stroller, HF Stroller, Spirit, Helios)</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit Continuous Flow</p> <p><input type="checkbox"/> Mobile Einheit mit integriertem Sparsystem</p> <p>Wunschsystem mobile Einheit _____</p>	<p>Sauerstoffkonzentratoren VIVIKONZ</p> <p><input type="checkbox"/> Standkonzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Stand- und mobiler Konzentrator</p> <p>bestehend aus einem Standgerät und einer mobilen Einheit</p> <p>Wunschsystem mobiler Konzentrator</p> <p><input type="checkbox"/> Eclipse 5</p> <p><input type="checkbox"/> Inogen One G3</p> <p><input type="checkbox"/> XPO<sub>2</sub></p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>

**Notiz**

<b>Verordner</b>	Anprechpartner Institution / Ordination		Unterschrift / Stempel / Verordner
	<input type="text"/>		
	Telefonnummer der Station	Datum / Ort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		