

Krankenkasse	
Name Versicherte/r      Geb. am	
Adresse	Abweichende Lieferanschrift
Kassen-Nr.	!!! Versicherten-Nr. !!!
Vertragsarzt-Nr.	Datum

<b>Diagnosen</b>	<b>Vertragsarztstempel &amp; Unterschrift</b>	Name/Tel. Verordner/Station
		Name/Tel. Patient/Angehöriger

### Sauerstoff-Verordnung: Urlaubsversorgung OxyCareTravel

#### 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 PaO<sub>2</sub> ≤ 55mmHg (7,3 kPa)
- Ruhe PaO<sub>2</sub> zwischen 55 und 60mmHg und klinische Zeichen eines Cor pulmonale und/oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie (HK ≥ 55%, Hb ≥ 18g/dl)
- Abfall des PaO<sub>2</sub> auf weniger als 55mmHg bei durchschnittlicher körperlicher Belastung (Aktivitäten des tägl. Lebens)
- Hypoxämie während des Schlafens

#### Palliative Versorgung

- Es handelt sich um eine **palliative O<sub>2</sub>-Versorgung**, daher ist eine BGA nicht Teil der Verordnung. Alle weiteren Voraussetzungen seitens des Patienten (Nikotinkarenz, Kooperation) für die Durchführung der O<sub>2</sub>-Therapie sind erfüllt.

Versorgungszeitraum: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

<b>Reiseadresse:</b>
Ggf. Unterkunft: _____
Straße: _____
PLZ/Ort: _____
Telefon: _____

<b>Therapie-/Einstellwerte:</b>
Demandfähigkeit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
..... Std/Tag O <sub>2</sub> -Therapie
..... O <sub>2</sub> l/min in Ruhe
..... O <sub>2</sub> l/min unter Belastung
Mobilität <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja .....Std/Tag
6min Gehstrecke mit O <sub>2</sub> .....m ohne O <sub>2</sub> .....m

#### Erforderliche Hilfsmittel:

<b>Stationärer Sauerstoffkonzentrator</b>	<b>Mobile Versorgung</b>
<input type="checkbox"/> bis 5 l/min <input type="checkbox"/> bis 10 l/min	<input type="checkbox"/> Mobilier Sauerstoffkonzentrator <input type="checkbox"/> Zusätzlicher Akku erforderlich
<input type="checkbox"/> Flugzulassung / FAA-Bescheinigung erforderlich	

# VERORDNUNG

## für medizintechnische Hilfsmittel bei Atemwegserkrankungen

### - Entlassungsrelevante Hilfsmittel - zur Vorlage bei der Krankenkasse

## Sauerstofftherapie



Konzentratoren, stationär + mobil  
Füllstationen, FlüssigO<sub>2</sub>

## Beatmung



prisma VENT30/40/50-C & LUISA  
von Löwenstein Medical  
OXYvent Cube 30 ATV  
Stellar 150 / Astral 150  
von ResMed

## Sekretolyse



### VibraVest

Die hochfrequente Vibrations-Weste,  
**Comfort Cough II** Hustenassistent  
optional mit HFCWO

## Inhalation



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

## Schlaf



CPAP/autoCPAP/  
BiLevel/BiLevel ST/Cheyne Stokes

## Monitoring



Pulsoxymetrie, Kapnographie,  
SISS Babycontrol  
Blutdruckmessung

## Atemtherapiegeräte



GeloMuc / Flutter / Quake /  
Cornet / Cornet Plus / Acapella / IPPB Atemtherapie  
RespiPro / PowerBreathe medic      Alpha 300  
mit Inhalation

## Thromboseprophylaxe Apparative Kompressions- therapie IPK/AIK



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

## Chronische Wunden/ Diabetisches Fußsyndrom



Wundheilung mit Sauerstoff  
O<sub>2</sub>-TopiCare Wundsystem

## Datenschutzhinweis:

Im Rahmen Ihrer Versorgung mit Hilfsmitteln durch die Firmen der OxyCare Medical Group, Hauptsitz Bremen, erheben, verarbeiten und nutzen wir, die Unternehmen der OxyCare Medical Group, 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 Bundesdatenschutzgesetz 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.

Die Unternehmen der „OxyCare Medical Group“ verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der DSGVO, des BDSG n.F. sowie weiteren maßgeblichen Rechtsvorschriften. Eine Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten findet u.a. im Zusammenhang mit der Auftrags- bzw. Vertragsbearbeitung statt. 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. Geschäftsbriebe 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 Lieferschein endet die Aufbewahrungsfrist jedoch mit dem Versand der Rechnung, wenn die Rechnung alle Infos enthält, die ansonsten im Lieferschein enthalten sind.“