# Hilfsmittelverordnung zur Behandlung neurologischer Erkrankungen

## Ärztliche Verordnung zur Vorlage bei der Krankenkasse

### Patientendaten

Krankenkasse/Kostenträger ☐ gesetzlich ☐ privat

Name der Krankenkasse

Versichertennummer

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Abweichende Lieferanschrift

☐ Reha
☐ KZP
☐ PH

Angehörige/Pflegeeinrichtung

Telefon

### Verordnerangaben

Anschrift Klinik/Arzt/Stempel

Arzt-Nummer

Betriebsstätten-Nummer

Ansprechpartner für Rückfragen (z.B. Sozialdienst / Station)

Telefonnummer Ansprechpartner für Rückfragen

Entlassungsdatum ☐ bereits entlassen

gewünschtes Lieferdatum

Tracheotomiert ☐ ja ☐ nein

sonstige Informationen

Diagnose/n:

---

Bei dem/der o.g. Patienten/-in wurde eine chronische Erkrankung diagnostiziert. Es besteht die Indikation, gemäß den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie für eine Sauerstofftherapie. Nachdem alle medikamentösen Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft sind, liegt dennoch keine Symptomkontrolle vor. Diagnosen siehe oben.

**Verordnet wird eine Sauerstoffgabe während der Schmerzattacken: Flussrate von _____ ltr./min. Falls möglich, Therapiedauer angeben: _____ Minuten**

Der/die o.g. Patient/-in ist während der Schmerzattacken auf eine intermittierende Sauerstoffzufuhr angewiesen, somit sind folgende Hilfsmittel zur Vermeidung weiterer Klinikaufenthalte und zur Weiterbehandlung erforderlich:

☐ _____ x 10 ltr. Sauerstoffflasche
☐ Druckminderer bis _____ ltr./min. Flow
☐ Sauerstoffmaske mit Reservoir

☐ **Zum Erhalt der Arbeitsfähigkeit**

☐ _____ x 2 ltr. Sauerstoffflasche
☐ Druckminderer bis _____ ltr./min. Flow
☐ Sauerstoffmaske mit Reservoir
☐ Transporttasche

X _____

Ausstellungsdatum Unterschrift / Stempel Arzt

**Diese Verordnung bitte vorab per Fax an 0 51 27 / 40 93 89 9 oder hilfsmittel@luchs-medizin.de**

LUCHS MEDIZIN

**LUCHS Medizin GmbH & CO. KG**
**Siemensstraße 5**
**31177 Harsum**

**Tel.:** 0 51 27 / 40 93 89 0
**oder Notdienst:** 0 800 / 5 82 47 00

*2026-06-10-Rev1-MD-Neurologie*