Anlage 7 Blutgasanalyse (BGA)

zum Vertrag über die Versorgung mit Geräten zur Sauerstoffversorgung zwischen der AOK Bayern und der [redacted]

Name: _____ Vorname: _____

Versicherten Nummer: _____ Geburtsdatum: _____

Diagnosen: _____

Bisherige medikamentöse Therapie: _____

_____

Die BGA wird zur Beurteilung der Indikation zur Langzeit-Sauerstofftherapie benötigt. Bei dem/der genannten Patienten/Patientin liegt eine chronische Erkrankung vor. Trotz stabilisiertem Zustand der Erkrankung und unter adäquater Pharmakotherapie besteht eine arterielle Hypoxämie.

Eine oder mehrere der nachfolgenden Kriterien sind erfüllt:

- ☐ Die Diagnose „Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert“ (ICD J96.1) liegt bereits gesichert vor.

  oder
- ☐ Ruhe PaO2 ≤ 55 mmHg (7,3 kPa)
- ☐ Ruhe PaO2 zwischen 55 und 60 mmHg und klinische Zeichen eines Cor pulmonale und/ oder Zeichen einer sekundären Polyglobulie (HK ≥ 55%, Hb ≥ 18 g/dl)
- ☐ Abfall des PaO2 auf weniger als 55 mmHg bei körperlicher Belastung, welche den Aktivitäten des täglichen Lebens entspricht
- ☐ Hypoxämie während des Schlafes
- ☐ Sonstiges:_____

	ohne Belastung			unter Belastung	
	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
	ohne O^2	ohne O^2	mit O^2___L/M	ohne O^2	mit O^2___L/M
PaO^2	n	n	n	n	n
$PaCO^2$	n	n	n	n	n
SpO^2					
pH					

Der Patient wurde auf Demandfähigkeit (Sparsystem) getestet ☐ Ja ☐ Nein

falls nein, warum erfolgte keine Testung?_____

Der Patient ist demandfähig

☐ Ja ☐ Nein, weil_____

Therapiewerte für den Patienten

Innerhalb der Häuslichkeit	O^2_____l/min Belastung	O^2____l/min Ruhe	O^2____Std./Tag
Außerhalb der Häuslichkeit	O^2_____l/min Belastung		O^2____Std./Tag

Steht die Primärerkrankung im Zusammenhang mit einer Berufserkrankung oder einem KB/BVG-Leiden?

☐ Ja ☐ Nein

Die Leitlinie zur Langzeit-Sauerstofftherapie empfiehlt für Patienten im stabilen Zustand eine 3-monatige Kontrolle durch den behandelnden Pneumologen. Zur Sicherstellung des Therapieerfolges bitten wir Sie unseren Versicherten darauf hinzuweisen.

_____ _____

Datum Stempel/Unterschrift (Arzt)