



Ärztliche Verordnung. Sauerstofflangzeittherapie.

Linde-Kontakt:
Fax: 050.4273.2260
Tel.: 050.4273.2200

Dient als Vorlage bei der Krankenkasse!

Erstversorgung Weiterversorgung Umstellung

Patientendaten:

Vor- u. Zuname: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Bei der o.g. Patientin/dem o.g. Patienten besteht die Indikation zur Sauerstofflangzeittherapie gemäß den Richtlinien der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie und Tuberkulose.

Diagnose: _____

Krankenkasse: _____

Tel. Nr.: _____

Vers. Nr./Geb. Datum: _____

Versorgungsdatum: _____

Folgende Blutgaswerte wurden ermittelt:

ohne O ₂ -Gabe	PaO ₂ (mmHg)	SaO ₂ (%)	AaDO ₂ (mmHg)
---------------------------	----------------------------	----------------------	-----------------------------

in Ruhe	_____	_____	_____
unter Belastung (0,5 Watt/kg)	_____	_____	_____

mit O ₂ -Gabe	PaO ₂ (mmHg)	SaO ₂ (%)	AaDO ₂ (mmHg)
--------------------------	----------------------------	----------------------	-----------------------------

in Ruhe	_____	_____	_____
unter Belastung (0,5 Watt/kg)	_____	_____	_____

Flüssigsauerstoffsystem (mit tragbaren Einheiten):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Standard System:
(kontinuierliche Abgabe) | <input type="checkbox"/> Demand System:
(inspirationsgetriggerte A.) |
| <input type="checkbox"/> topfill | <input type="checkbox"/> getriggert |
| <input type="checkbox"/> sidefill | <input type="checkbox"/> getriggert/kontinuierlich |

Sauerstoffkonzentrator:

- Standkonzentrator inkl. Zubehör (Patient ist nicht mobil)
- Kombination: Stand- und mobiler Konzentrator
Einstellung (mobiler Konzentrator): _____

Der/Die PatientIn ist innerhalb und außerhalb des Wohnbereichs _____ Std./Tag mobil.

Empfohlener Sauerstoffbedarf: In Ruhe _____ l/min. Bei Belastung _____ l/min. **Anwendungsdauer:** _____ Std./Tag.

Verordnungen sind ärztliche Dokumente und dürfen durch unsere Mitarbeiter nicht verändert und/oder ergänzt werden. Wir sind daher angehalten, fehlende Angaben vom Arzt anzufordern. Wir bitten um Kostenübernahme für o.a. verordnetes Arzneimittel. Zulassungsnummer: 1-26092.

Ansprechpartner: _____

Tel. Nr. (der Abteilung): _____

Datum, Unterschrift: _____

Stempel:

Mit freundlicher Unterstützung durch

Einwilligungserklärung

Die *Linde Gas GmbH, Carl-von-Linde-Platz 1, 4651 Stadl-Paura ("Linde")* ist unter anderem pharmazeutischer Unternehmer und Händler von Medizinprodukten. Dabei versorgt Linde Menschen mit bestimmten Erkrankungen bzw. gesundheitlichen Beeinträchtigungen ("**Betroffene**") auf Verordnung des behandelnden Arztes im Auftrag der österreichischen Sozialversicherungen mit Produkten und Dienstleistungen im häuslichen Umfeld. Im Rahmen dieser Versorgungsaufträge werden spezifische personenbezogene Daten wie z.B. Name, Geburtsdatum und Adresse ("**personenbezogene Daten**") und besondere Kategorien personenbezogener Daten wie z.B. allgemeine Informationen über den Gesundheitszustand, Ergebnisse von **medizinischen- und/oder** Laboruntersuchungen und Versicherungsnummer ("**Gesundheitsdaten**") vom behandelnden Arzt erhoben, verarbeitet und an Linde übermittelt.

Die personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten des Betroffenen werden im Anschluss von Linde vor allem zum Zwecke der Durchführung und Abwicklung der Leistungen von Linde verarbeitet, wobei die Datenverarbeitung insbesondere folgendem dient:

- (1) Für die Einholung der Genehmigung zur Versorgung des Betroffenen mit den verordneten medizinischen Gasen und/oder Medizinprodukten bei der zuständigen Sozialversicherung.
- (2) Für die Sicherstellung der Erst-, Folge- bzw. Umstellungsversorgungen des Betroffenen mit den verordneten medizinischen Gasen und/oder Medizinprodukten zur Durchführung der dem Betroffenen verordneten Behandlung/Therapie.
- (3) Für Abrechnungszwecke der von Linde erbrachten Leistungen mit der zuständigen Sozialversicherung.
- (4) Für Anfragen des Betroffenen.

Diese Datenverarbeitung von Linde umfasst unter anderem auch die **Übermittlung** der personenbezogenen Daten und gegebenenfalls der Gesundheitsdaten zu den vorstehend angeführten Zwecken an:

- externe Frächter/Spediteure für Auslieferungszwecke (es werden hierfür jedoch keine Gesundheitsdaten übermittelt), insbesondere:
 - Fida & Schüch Transport GmbH & Co KG, Shuttleworthstraße 19, 1210 Wien
- IT-Anbieter für Abrechnungszwecke/Druckdienstleistungen (es werden hierfür jedoch keine Gesundheitsdaten außer der Sozialversicherungsnummer übermittelt), insbesondere:
 - opta data Abrechnung GmbH, Salzburger Straße 205, 4030 Linz
 - Raiffeisen InformatikConsulting GmbH, Lilienbrunnegasse 7-9, 1020 Wien
- Callcenter-Anbieter für Anfragen des Betroffenen außerhalb unserer Geschäftszeiten (es werden hierfür jedoch keine Gesundheitsdaten übermittelt), insbesondere:
 - Omnikon Funktechnik & Vertriebs GmbH, Badstr. 20-22, D-83646 Bad Tölz
- und an die für den Betroffenen zuständige Sozialversicherung.

Die Übermittlung an Frächter/Spediteure sowie IT- und Callcenter-Anbieter wird zusätzlich auf die Rechtsgrundlage des berechtigten Interesses gestützt.

Wenn der Betroffene seine Daten Linde zu diesen Zwecken nicht zur Verfügung stellen will, kann Linde die dargestellten Leistungen nicht erbringen und diesbezüglich auch keine Verpflichtung eingehen.

Weitere **Informationen** zum Thema Datenschutz bei Linde finden Sie auch auf der Linde-Website unter dem Link <https://www.linde-gas.at/datenschutz>. Gerne schickt Ihnen Linde diese Informationen zum Thema Datenschutz auf Anfrage postalisch zu.

Ich habe die oben angeführten Datenschutzhinweise zur Kenntnis genommen und willige hiermit ausdrücklich ein, dass mein behandelnder Arzt meine Verordnung und diese Einwilligungserklärung inklusive meiner in diesen Dokumenten und dem Übermittlungsmedium (z.B. E-Mail) enthaltenen personenbezogenen Daten und Gesundheitsdaten an Linde übermittelt und dass Linde diese Daten für die oben genannten Zwecke verarbeitet und an die oben genannten Empfänger übermittelt.

Diese Einwilligung kann ich jederzeit mittels Brief an Linde Gas GmbH, Carl-von-Linde-Platz 1, 4651 Stadl-Paura oder mittels E-Mail an datenschutz.at@linde.com widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich nehme zur Kenntnis, dass im Falle eines Widerrufs, ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Widerrufserklärung bei Linde, Linde die Erbringung von Homecare-Leistungen mir gegenüber einstellen muss.

Betroffener:

Nachname, Vorname _____

Adresse _____

Datum _____ Unterschrift _____