

VERORDNUNGSFORMULAR

kontinuierliche O₂-Langzeittherapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
 WiederholungsVO
 MiGeL KLV 7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____
 Adresse _____
 PLZ/Ort _____
 Telefon/Natel _____
 Beruf _____
 Versicherer _____

Geschlecht _____
 Geburtsdatum _____
 E-Mail _____
 Sozialversicherungs-Nr. _____
 Krankheit/Unfall/IV _____
 Versicherten-Nr. _____

B) Hauptdiagnose

- 00 **Obstruktive Lungenkrankheiten**
01 chronische Bronchitis, Emphysem, COPD
- 10 **Restriktive Lungenkrankheiten**
(z.B. Fibrose, Pneumokoniose, Post Tbc)
- 20 **Respiratorische Schlafstörungen**
(z.B. OSA, CSA)
- 30 **Neuromuskuläre Krankheiten**
- 90 **Andere**

Bitte wählen:

- 40 **Vaskulär bedingte Erkrankungen**
(z.B. pulmonale Hypertension)
- 50 **Kardiale Krankheiten**
(z.B. Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)
- 60 **Andere Lungenkrankheiten**
(z.B. Krebs, CF, Bronchodysplasie)
- 70 **Cluster Kopfschmerzen**

C) Messwerte (ausser für Cluster Kopfschmerzen und Schlafapnoesyndrom)

Messungen unter klinisch stabile Verhältnisse	Datum :	SpO ₂ %:	PaO ₂ mmHg:	PaCO ₂ mmHg:
1. In Ruhe ohne O ₂				
2. In Ruhe mit _____ L/Min O ₂ nur bei Hyperkapnie ausfüllen				
3. Über Nacht ohne O ₂		SpO ₂ Mittelwert :		
		Test Art :	SpO ₂ Nadir :	Erbrachte Belastung :
4. Unter standardisierter Belastung (ohne O ₂)				
5. Unter standardisierter Belastung mit O ₂ (_____ L/Min O ₂)				

D) Verordnung Therapie-System (füllen Sie bitte die Kostengutsprache auf Seite 2 aus)

Stationär Konzentrator Druckgas Flüssigsauerstoff

Mobil Konzentrator Druckgas Flüssigsauerstoff

O ₂ -Dosis Ruhe _____ L/Min. O ₂ -Dosis Nacht _____ L/Min.	Dauer _____ Std./Tag	Mobilität _____ Std./Tag (mit O ₂ ausserhalb der Wohnung)
O ₂ -Dosis Belastung _____ L/Min.	Bei Druckgas : <input type="checkbox"/> Sparventil <input type="checkbox"/> Druckminderer	Für stationäre Konzentrator: Abfüllsystem für Druckgas: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Begründung für Flüssigsauerstoff: _____

Begründung für mobiles System: _____

E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

Ja Nein

Richtwert in Minuten

- (1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.
- (2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate.

Erstes Jahr:
300 Minuten

Folgejahr:
150 Minuten

F) Verordnender Ärztin/Arzt

Verordnender Ärztin/Arzt _____

Facharzttitel _____

Datum Behandlungsbeginn _____

Datum der Verordnung _____

Hausarzt/Hausärztin _____

Pneumologe/Pneumologin _____

Verordnung senden an _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer