

## A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____	Kostenübernahme <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV
Geschlecht _____ Sprache _____	Krankenkasse _____
Geburtsdatum _____	AHV-Nr. _____
Telefon _____	Kartenummer _____
Mobile _____	Adresse _____
E-mail _____	PLZ/Ort _____
Gewicht _____	Tracheostoma <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

## B) Hauptdiagnose

Bitte Code auswählen:

- P00 Chronische Lungenerkrankung des Frühgeborenen**  
(Bsp. Broncho-pulmonale Dysplasie, chronische Lungenerkrankung)
- P10 Angeborene/erworbene neonatale Lungenerkrankungen**  
(Bsp. Zwerchfellhernie)
- P20 Pulmonale Hypertension**  
(Bsp. Trisomie 21)
- P30 Interstitielle Lungenerkrankung**  
(Bsp. chILD)
- P40 Fortgeschrittene CF & andere**  
Bronchiektasenerkrankungen

- P50 Bronchiolitis obliterans**
- P60 Erkrankungen des Thorax**  
(Bsp. Thoraxdystrophie, schwere Kyphoskoliose)
- P70 Neuromuskuläre Erkrankungen**
- P80 Diverses**  
(Bsp. nächtliche Hypoxien bei Sichelzellanämie, Arnold-Chiari-Malformation, syndromale & metabolische Erkrankungen, Tracheotomie)
- P90 Andere** \_\_\_\_\_

## C) Sauerstofftherapiesystem

- 14.10.20.00.2 - Stationärer Sauerstoff-Konzentrator, Miete  
 14.10.22.00.2 - Portabler Sauerstoff-Konzentrator, Miete  Gepulst Pos. 1-6 und/oder  kontinuierlich 0,5-3l/min  
 14.10.26.00.2 - Abfüllsystem für Sauerstoff-Konzentrator, Miete

## D) High-Flow Therapie

High-Flow Gerät FIO2 ziel \_\_\_\_\_ % Fluss O2 \_\_\_\_\_ l/min  
 Anderes \_\_\_\_\_ Fluss Luft \_\_\_\_\_ l/min

## E) Monitoring

- 21.01.05.00.1 - Sauerstoffsättigungs- und Pulsmonitor, Kauf SpO2 minimal \_\_\_\_\_ % Puls minimal \_\_\_\_\_  
 21.01.05.00.2 - Sauerstoffsättigungs- und Pulsmonitor, Miete SpO2 maximal \_\_\_\_\_ % Puls maximal \_\_\_\_\_

## F) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

Ja  Nein

<b>Erfolgsüberwachung inkl. Instruktion</b>	Maximaler Zeitaufwand (Tarif 7a)	400 min / première année 200 min / années suivantes
<b>Richtwert in Minuten</b>		
1. Abrechnung nach effektivem Bedarf / Leistung	10901 Erstassessment	
2. Die ärztliche Verordnung wird für 12 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 12 Monate.	10902 Reassessment	1-2 / par an
3. Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.	10904 Pflege Planung	1-2 / par an
	10906 Pflegebedarfsbestimmung	1-4 / par an
	10907 Ärztliche Konsultation	1-4 / par an
	10909 Pflegeanleitung/ Beratung	1-4 / par an

## G) Verordnender Arzt/Ärztin

Verordnender Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_  
 Datum der Verordnung \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_

Stempel & Unterschrift (inkl. ZSR-Nummer) (Bilddatei auswählen)