

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname	_____	Angehörige	_____
Adresse	_____	Kostenübernahme	IV KK
PLZ/Ort	_____	Krankenkasse	_____
Telefon/Mobile	_____	Kartenummer	_____
E-Mail	_____	AHV-Nr.	_____
Geburtsdatum	_____	Geschlecht	_____
Gewicht	_____	Tracheostoma	Ja 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) Verordnung kurzfristige O2-Therapie

Konzentrator (max. 3 Monate): Portabler Konzentrator

Andere: _____

Dauer: _____ Std./Tag _____ in Ruhe _____ Liter/Min.

Mobilität: _____ Std./Tag _____ unter Belastung _____ Liter/Min

Bemerkung: _____ Puls minimal: _____ Behandlungsbeginn: _____

SpO2 minimal: _____ % Puls maximal: _____

SpO2 maximal: _____ %

D) Begründung zu Druckgas-System

Falls die O2-Therapie länger als 1 Monat durchgeführt werden muss:

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.
- (3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.

Erstes Jahr: 400 Minuten

Folgejahr: 200 Minuten

F) Verordnender Pneumologe

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

(Bilddatei auswählen)

Datum der Verordnung

Verordnender Pneumologe

E-Mail

