

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname	_____	Angehörige	_____	
Adresse	_____	Geburtsdatum	_____	
PLZ/Ort	_____	Kostenübernahme	IV	KK
Telefon/Mobile	_____	Krankenkasse	_____	
E-Mail	_____	Versicherten-Nr.	_____	
Geschlecht	_____	AHV-Nr.	_____	
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

Flüssiggas (max. 3 Monate): 1.2l 0.5l FREELOX 0.25 bis 7l/min / HELIOS 300 Plus (0.125 bis 0.75 l/min)
 Konzentrator (max. 3 Monate): O2-Druckgasflasche 2 Liter / Portabler Konzentrator / O2-Druckgas 11l
 Andere: _____

Dauer: _____ Std./Tag	Bemerkung: _____	Puls minimal: _____
Mobilität: _____ Std./Tag (ausserhalb der Wohnung)	SpO2 minimal: _____ %	Puls maximal: _____
	SpO2 maximal: _____ %	Behandlungsbeginn: _____

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

- Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.
- Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate.
- Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.

Erstes Jahr: 400 Minuten	Folgejahr: 200 Minuten
---------------------------------	-------------------------------

F) Verordnender Pneumologe

 Datum der Verordnung _____
 Verordnender Pneumologe _____
 E-Mail _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

(Bilddatei auswählen)