

**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                  \_\_\_\_\_ 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

---

---

---

---

---