

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 _____