

# 2 Verordnungsformular

## Kontinuierliche O2-Langzeittherapie

Erstverordnung  
Wiederholungs-Ver.  
MiGel KLV 7  
Bestellung Standard (48 Std.)  
Bestellung Express (4 Std.)



### A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

### B) Hauptdiagnose

Bitte Code auswählen:

#### 00 Obstruktive Lungenkrankheiten

- 01 chronische Bronchitis, Emphysem
- 02 Asthma

#### 10 Restriktive Lungenkrankheiten

(Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)

#### 20 Respiratorische Schlafstörungen

(OSA, CSA, gemischte Formen)

#### 30 Neuromuskuläre Krankheiten

#### 40 Vaskulär bedingte Erkrankungen

(pulmonale Hypertension)

#### 50 Kardiale Krankheiten

(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)

#### 60 Andere Lungenkrankheiten

(Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)

#### 90 Andere \_\_\_\_\_

### C) Obligatorische Untersuchungen

	Ja	Nein	Zeichen des chronischen Cor pulmonale
Lungenfunktion (in % Sollwert)			VK: _____ % FEV: _____ %
Labor in mm HG in kPa			Hämoglobin: _____ g% Hämatokrit: _____ %

Arterielle Blutgase (klinisch stabile Verhältnisse):	Datum	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>	SaO <sub>2</sub> %
1 in Ruhe (ohne O <sub>2</sub> )				
2 in Ruhe (nach > 30 Minuten O <sub>2</sub> )				
3 unter standardisierter Belastung (ohne O <sub>2</sub> )				
4 unter standardisierter Belastung (mit O <sub>2</sub> )				

(Pos. 3 + 4 obligatorisch für Flüssiggas-System)

### D) Verordnung für

(bitte zutreffende Gerätekatgorie ankreuzen)

Dauer: _____ Std./Tag	_____ in Ruhe	_____ Liter/Min.	
Mobilität: _____ Std./Tag	_____ unter Belastung	_____ Liter/Min	
14.10.20.00.2	Sauerstoff-Konzentrator (COX)	14.10.25.00.2	Abfüllsystem für Druckgasflaschen
14.10.11.00.2	Mobile Sauerstoffversorgung (POX)	14.10.30.00.2L	Sauerstoff-Flüssiggas-System (LOX)

### 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

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

(Bilddatei auswählen)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum der Verordnung \_\_\_\_\_

Verordnender Pneumologe \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_