

4 Verordnungsformular

Kurzfristige O2-Therapie

Erstverordnung
Wiederholungs-Ver.
MiGel KLV7



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) Verordnung kurzfristige O2-Therapie

Flüssiggas (max. 3 Monate): 1.2l 0.5l FREELOX 0.25 bis 7l/min / HELIOS 300 Plus (0.125 bis 0.75l/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 _____