

## A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_