

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 ₂	PaCO ₂	SaO ₂ %
1 in Ruhe (ohne O ₂)				
2 in Ruhe (nach > 30 Minuten O ₂)				
3 unter standardisierter Belastung (ohne O ₂)				
4 unter standardisierter Belastung (mit O ₂)				

(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 (POC)		

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 _____