

2 Verordnungsformular

Kontinuierliche O2-Langzeittherapie

Erstverordnung
Wiederholungs-Ver.
MiGel KLV7
Bestellung Standard (48 Std.)
Bestellung Express (4 Std.)



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

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)
- 14.10.11.00.2 Mobile Sauerstoffversorgung (POC)

14.10.25.00.2 Abfüllsystem für Druckgasflaschen

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 _____