

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	_____	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) Verordnung kurzfristige O2-Therapie

Konzentrator (max. 3 Monate):	_____	Portabler Konzentrator	_____
Andere:	_____		
Dauer:	_____ Std./Tag	_____ in Ruhe	_____ Liter/Min.
Mobilität:	_____ Std./Tag	_____ unter Belastung	_____ Liter/Min
Bemerkung:	_____	Puls minimal:	_____
SpO2 minimal:	_____ %	Puls maximal:	_____
SpO2 maximal:	_____ %	Behandlungsbeginn:	_____

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 _____