

2 Verordnungsformular

kontinuierliche O2-Langzeittherapie, High-Flow und Flege

- Erstverordnung
 Wiederholungs-verordnung
 MiGel KLV7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____ Kostenübernahme Krankheit Unfall IV
Geschlecht _____ Sprache _____ Krankenkasse _____
Geburtsdatum _____ AHV-Nr. _____
Telefon _____ Kartennummer _____
Mobile _____ Adresse _____
E-mail _____ PLZ/Ort _____
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 unter standardisierter Belastung (ohne O ₂)				
3 unter standardisierter Belastung (mit O ₂)				

(Pos. 2 + 3 obligatorisch für Flüssiggas-System)

D) Sauerstofftherapiesystem

14.10.20.00.2 - Stationärer Sauerstoff-Konzentrator, Miete 1-5l/min
 14.10.22.00.2 - Portabler Sauerstoff-Konzentrator, Miete Gepulst Pos. 1-6 und/oder kontinuierlich 0,5-3l/min
Dauer: _____ Std./Tag _____ in Ruhe _____ Liter/Min.
Mobilität: _____ Std./Tag _____ unter Belastung _____ Liter/Min
 Sauerstoffbrille _____ l/min Anderes _____
Kommentare _____

E) High-Flow Therapie

High-Flow Gerät _____ l/min Anderes _____

F) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

Ja Nein

Erfolgsüberwachung inkl. Instruktion

Richtwert in Minuten

- Abrechnung nach effektivem Bedarf / Leistung
- Die ärztliche Verordnung wird für 12 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 12 Monate.
- Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.

Maximaler Zeitaufwand (Tarif 7a)

400 min / Erstes Jahr
200 min / Folgejahr

- 10901 Erstassessment
10902 Reassessment
10904 Pflege Planung
10906 Pflegebedarfsbestimmung
10907 Ärztliche Konsultation
10909 Pflegeanleitung/ Beratung

1-2 / pro Jahr
1-2 / pro Jahr
1-4 / pro Jahr
1-4 / pro Jahr
1-4 / pro Jahr

G) Verordnender Arzt/Ärztin

Stempel & Unterschrift (inkl. ZSR-Nummer)

(Bilddatei auswählen)

Verordnender Arzt/Ärztin _____
Datum der Verordnung _____
E-mail _____
