

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____	Kostenübernahme <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV
Geschlecht _____ Sprache _____	Krankenkasse _____
Geburtsdatum _____	AHV-Nr. _____
Telefon _____	Kartenummer _____
Mobile _____	Adresse _____
E-mail _____	PLZ/Ort _____
Gewicht _____	Tracheostoma <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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) Sauerstofftherapiesystem

- 14.10.20.00.2 - Stationärer Sauerstoff-Konzentrator, Miete
 14.10.22.00.2 - Portabler Sauerstoff-Konzentrator, Miete Gepulst Pos. 1-6 und/oder kontinuierlich 0,5-3l/min
 14.10.26.00.2 - Abfüllsystem für Sauerstoff-Konzentrator, Miete

D) High-Flow Therapie

High-Flow Gerät FIO2 ziel _____ % Fluss O2 _____ l/min
 Anderes _____ Fluss Luft _____ l/min

E) Monitoring

- 21.01.05.00.1 - Sauerstoffsättigungs- und Pulsmonitor, Kauf SpO2 minimal _____ % Puls minimal _____
 21.01.05.00.2 - Sauerstoffsättigungs- und Pulsmonitor, Miete SpO2 maximal _____ % Puls maximal _____

F) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

Ja Nein

Erfolgsüberwachung inkl. Instruktion	Maximaler Zeitaufwand (Tarif 7a)	400 min / première année 200 min / années suivantes
Richtwert in Minuten		
1. Abrechnung nach effektivem Bedarf / Leistung	10901 Erstassessment	
2. Die ärztliche Verordnung wird für 12 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 12 Monate.	10902 Reassessment	1-2 / par an
3. Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.	10904 Pflege Planung	1-2 / par an
	10906 Pflegebedarfsbestimmung	1-4 / par an
	10907 Ärztliche Konsultation	1-4 / par an
	10909 Pflegeanleitung/ Beratung	1-4 / par an

G) Verordnender Arzt/Ärztin

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

Stempel & Unterschrift (inkl. ZSR-Nummer)

(Bilddatei auswählen)