

# 2 Verordnungsformular

Kontinuierliche O2-Langzeittherapie und Pflege

- Erstverordnung  
 Wiederholungs-Verordnung  
 MiGel     KLV 7

## A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname _____	Kostenübernahme <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/>
Geschlecht _____	Krankenkasse _____
Geburtsdatum _____	AHV-Nr. _____
Telefon _____	Kartenummer _____
Mobile _____	Adresse _____
E-Mail _____	PLZ / Ort _____

## B) Hauptdiagnose

**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** \_\_\_\_\_

Bitte Code auswählen:

## C) Messwerte (ausser für Cluster Kopfschmerzen und Schlafapnoesyndrom)

PaO2- und PaCO2-Werte  in mmHg  in kPa

Messungen unterklinisch stabile Verhältnisse	Datum	SpO <sub>2</sub> %	PaO <sub>2</sub>	PaCO <sub>2</sub>
1. In Ruhe ohne O <sub>2</sub>				
2. In Ruhe mit _____ L / Min O <sub>2</sub> (nur bei Hyperkapnie ausfüllen)				
3. Über Nacht ohne O <sub>2</sub>		SpO <sub>2</sub> Mittelwert :		
		<b>Test Art</b>	<b>SpO<sub>2</sub> Nadir</b>	<b>Erbrachte Belastung</b>
4. Unter standardisierter Belastung (ohne O <sub>2</sub> )				
5. Unter standardisierter Belastung mit O <sub>2</sub> ( _____ L / Min O <sub>2</sub> )				

## D) Verordnung Therapie-System

**Stationär**  Konzentrator  Druckgas  LOX    **Mobil**  Konzentrator  Druckgas  LOX

O <sub>2</sub> -Dosis Ruhe _____ L / Min	Dauer _____ Std. / Tag	Mobilität _____ Std. / Tag (mit O2 ausserhalb der Wohnung)
O <sub>2</sub> -Dosis Nacht _____ L / Min		
O <sub>2</sub> -Dosis Belastung _____ L / Min	bei Druckgas: <input type="checkbox"/> Sparventil <input type="checkbox"/> Druckminderer	für stationäre Konzentrator: Abfüllsystem für Druckgas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Begründung für mobiles System

## E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

Ja     Nein

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

## F) Verordnender Arzt/Ärztin

Verordnender Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_

Datum der Verordnung \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Stempel & Unterschrift (inkl. ZSR-Nummer) \_\_\_\_\_ (Bilddatei auswählen)