

2 Verordnungsf formular

Kontinuierliche O2-Langzeittherapie und Pflege

- ☐ Erstverordnung
☐ Wiederholungs-Verordnung
☐ MiGel ☐ KLV 7

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname	Kostenübernahme	☐ Krankheit	☐ Unfall	☐ IV
Geschlecht	Krankenkasse			
Geburtsdatum	AHV-Nr.			
Telefon	Kartennummer			
Mobile	Adresse			
E-Mail	PLZ / Ort			

B) Hauptdiagnose

00 Obstruktive Lungenkrankheiten 01 chronische Bronchitis, Emphysem 02 Asthma	40 Vaskulär bedingte Erkrankungen (pulmonale Hypertension)
10 Restriktive Lungenkrankheiten (Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)	50 Kardiale Krankheiten (Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)
20 Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen)	60 Andere Lungenkrankheiten (Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)
30 Neuromuskuläre Krankheiten	90 Andere

C) Messwerte (ausser für Cluster Kopfschmerzen und Schlafapnoesyndrom)

PaO2- und PaCO2-Werte ☐ in mmHg ☐ in kPa

Messungen unter klinisch stabile Verhältnisse	Datum	SpO2%	PaO2	PaCO2
1. In Ruhe ohne O2				
2. In Ruhe mit _____ L / Min O2 (nur bei Hyperkapnie ausfüllen)				
3. Über Nacht ohne O2		SpO2 Mittelwert :		
		Test Art	SpO2 Nadir	Erbrachte Belastung
4. Unter standardisierter Belastung (ohne O2)				
5. Unter standardisierter Belastung mit O2(_____ L / Min O2)				

D) Verordnung Therapie-System

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

O2-Dosis Ruhe _____ L / Min	Dauer _____ Std. / Tag	Mobilität _____ Std. / Tag (mit O2 ausserhalb der Wohnung)
O2-Dosis Nacht _____ L / Min		
O2-Dosis Belastung _____ L / Min	bei Druckgas: ☐ Sparventil ☐ Druckminderer	für stationäre Konzentrator: Abfüllsystem für Druckgas ☐ Ja ☐ Nein

Begründung für mobiles System

E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

☐ Ja ☐ Nein

Erfolgsüberwachung inkl. Instruktion Richtwert in Minuten 1. Abrechnung nach effektivem Bedarf / Leistung 2. Die ärztliche Verordnung wird für 12 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 12 Monate. 3. Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsf formular 6 auszufüllen.	Maximaler Zeitaufwand (Tarif 7a) 10901 Erstassessment 10902 Reassessment 10904 Pflege Planung 10906 Pflegebedarfsbestimmung 10907 Ärztliche Konsultation 10909 Pflegeanleitung/ Beratung	300 min / Erstes Jahr 150 min / Folgejahr 1-2 / pro Jahr 1-2 / pro Jahr 1-4 / pro Jahr 1-4 / pro Jahr 1-4 / pro Jahr
--	--	--

F) Verordnender Arzt/Ärztin

Verordnender Arzt/Ärztin	Stempel & Unterschrift (inkl. ZSR-Nummer)	(Bilddatei auswählen)
Datum der Verordnung		
E-Mail		