

2P Verordnungsformular

Pädiatrie: Monitoring (inkl. Sauerstofftherapie) – High-Flow-Therapie

-
- 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 _____
Gewicht _____	

B) Hauptdiagnose

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

Bitte Code auswählen:

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
-
-
- 14.10.26.00.2 – Abfüllsystem für Sauerstoff-Konzentrator, Miete
-
-
- Gepulst Pos. 1–6 und/oder
-
- kontinuierlich 0.5–3l/min

D) High-Flow Therapie

-
- High-Flow Gerät FIO2 Ziel _____ % Fluss O2 _____ l/min
-
-
- Anderes _____ Fluss O2 _____ 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
Richtwert in Minuten

Maximaler Zeitaufwand (Tarif 7a)	400 min / Erstes Jahr 200 min / Folgejahr
10901 Erstassessment	
10902 Reassessment	1–2 / pro Jahr
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

- 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.

G) Verordnender Arzt/Ärztin

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

Stempel & Unterschrift (inkl. ZSR-Nummer)

(Bilddatei auswählen)