

# 4 Verordnungsformular

Kurzfristige O2-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
Geschlecht	_____	Krankenkasse	_____		
Geburtsdatum	_____	AHV-Nr.	_____		
Telefon	_____	Kartenummer	_____		
Mobile	_____	Adresse	_____		
E-Mail	_____	PLZ / Ort	_____		

## B) Hauptdiagnose

- 00 Obstruktive Lungenerkrankungen**  
01 chronische Bronchitis, Emphysem  
02 Asthma
- 10 Restriktive Lungenerkrankungen**  
(Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)
- 20 Respiratorische Schlafstörungen**  
(OSA, CSA, gemischte Formen)
- 30 Neuromuskuläre Erkrankungen**

Bitte Code auswählen:

- 40 Vaskulär bedingte Erkrankungen**  
(pulmonale Hypertension)
- 50 Kardiale Erkrankungen**  
(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)
- 60 Andere Lungenerkrankungen**  
(Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)
- 90 Andere** \_\_\_\_\_

## C) Verordnung kurzfristige O2-Therapie

Konzentrator (max. 3 Monate)  Portabler Konzentrator

Andere: \_\_\_\_\_

Dauer: \_\_\_\_\_ Std./Tag \_\_\_\_\_ in Ruhe \_\_\_\_\_ Liter / Min.

Mobilität: \_\_\_\_\_ Std./Tag \_\_\_\_\_ unter Belastung \_\_\_\_\_ Liter / Min

Bemerkung: \_\_\_\_\_

Behandlungsbeginn: \_\_\_\_\_

## D) Begründung zu Druckgas-System

Falls die O2-Therapie länger als 1 Monat durchgeführt werden muss:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## E) 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
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 / pro Jahr
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	_____	Stempel & Unterschrift (inkl. ZSR-Nummer) (Bilddatei auswählen)
Datum der Verordnung	_____	
E-Mail	_____	