

Musterverordnung Sauerstoff-Langzeittherapie (ab 3 Monate)

MiGeL-Limitationen

Die Verordnung der Sauerstoff-Langzeittherapie ist Fachärzten Pneumologie, Allgemeine Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin vorbehalten.

Ein mit geeigneten Methoden nachgewiesener Sauerstoffmangel (z.B. Sauerstoffsättigung, Blutgasanalyse) muss vorliegen.

Für die Versorgung mit Flüssigsauerstoff muss vorgängig eine Kostengutsprache des Versicherers eingeholt werden inkl. Darlegung der geplanten Versorgung. LUNGE ZÜRICH unterstützt dabei gerne.

VERORDNUNGSFORMULAR kontinuierliche O₂-Langzeittherapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
Wiederholungs-VO

MiGeL KLV 7



Auswahl ob Erst- oder Wiederholungsverordnung

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____	Geschlecht _____
Adresse _____	Geburtsdatum _____
PLZ/Ort _____	Kanton _____
Telefon _____	Sozialversicherungs-Nr. _____
Beruf _____	Krankheit/Unfall/IV _____
Versicherer _____	Versicherten-Nr. _____
Kontaktperson _____	Kontaktperson Telefon _____

A) und B) vollständig ausfüllen.

B) Diagnose Hauptdiagnose Code: _____ Nebendiagnose Code: _____

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)

Messungen unter klinisch stabile Verhältnisse	Datum:	SpO ₂ %:	PaO ₂ mmHg:	PaCO ₂ mmHg:
1. In Ruhe ohne O ₂				
2. In Ruhe mit _____ l/min O ₂ nur bei Hyperkapnie ausfüllen				
3. Über Nacht ohne O ₂		SpO ₂ Mittelwert:		
		Test Art:	SpO ₂ Nadir:	Erbrachte Belastung:
4. Unter standardisierter Belastung (ohne O ₂)				
5. Unter standardisierter Belastung mit O ₂ (_____ l/min O ₂)				

C) Werte müssen angegeben werden.

D) Verordnung Therapie-System (füllen Sie bitte die Kostengutsprache auf Seite 2 aus) O₂-Konzentrator Flüssiggas-System

Dauer Ruhe _____ Std/Tag	O ₂ -Dosis Ruhe _____ l/min	Bemerkungen: _____
Dauer Mobilität _____ Std/Tag (mit O ₂ mobil ausserhalb der Wohnung)	O ₂ -Dosis Nacht _____ l/min	Datum Behandlungsbeginn: _____

D) Therapie-System und Dosierung unbedingt angeben. Dauer auch zwingend angeben und Behandlungsbeginn notieren.

Begründung für Flüssiggas-System _____
Begründung für mobiles System _____

E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause Ja Nein

Richtwert in Minuten (1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung. (2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate. (3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.	Erstes Jahr: 300 Minuten	Folgejahr: 150 Minuten
--	------------------------------------	----------------------------------

E) «Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause»: Ja, zur Adhärenzüberprüfung und Beratung im Zusammenhang mit Therapie und Krankheit durch LUNGE ZÜRICH

F) Verordnender Ärztin/Arzt

Verordnender Ärztin/Arzt _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Facharzttitel _____	[Stempel/Unterschrift]
Telefon verordnender Ärztin/Arzt _____	
Datum der Verordnung _____	
Pneumologin/Pneumologe _____	
Hausärztin/Hausarzt _____	
Verordnung senden an	Verein Lunge Zürich, The Circle 62, 8058 Zürich-Flughafen Telefon: 044 268 20 00, Fax: 044 268 20 20, Mail: beratung@lunge-zuerich.ch

F) vollständig ausfüllen.

Hinweis: Das Verordnungsformular umfasst weitere Seiten. Diese sind ebenfalls vollständig auszufüllen.

Download: www.lunge-zuerich.ch/verordnungsformulare