

Musterverordnung kurzfristige Sauerstoff-Therapie (bis 3 Monate)

MiGeL-Limitationen

Bis zu einer Therapiedauer von drei Monaten können alle Ärzte die kurzfristige Sauerstoff-Therapie verordnen.

Allgemeine Hinweise

Die Verordnung erfolgt idealerweise zwei bis vier Tage vor Therapiebeginn. Für die Verordnung von Flüssigsauerstoff muss die Verordnung für die langfristige Sauerstoff-Therapie verwendet werden.

VERORDNUNGSFORMULAR


kurzfristige O₂-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung

Wiederholungs-VO

MiGeL KLV 7



4 LUNGE ZÜRICH
Hilft. Informiert. Wirkt.

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 _____

B) Diagnose **Hauptdiagnose Code:** **Nebendiagnose Code:**

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

C) Verordnung kurzfristige O₂-Therapie

Konzentrator: stationär mobil

(max. für 3 Monate, wenn die Therapie länger als 3 Monate geplant ist, verwenden Sie bitte das Verordnungsformular Nr. 2)

Dauer Ruhe _____ Std/Tag	O ₂ -Dosis Ruhe _____ l/min	<input type="checkbox"/> O ₂ -nur nachts
Dauer Belastung _____ Std/Tag	O ₂ -Dosis Nacht _____ l/min	<input type="checkbox"/> O ₂ -nur nachts mit CPAP/ BiPAP
Dauer Mobilität _____ Std/Tag <small>(mit O₂ mobil ausserhalb der Wohnung)</small>	O ₂ -Dosis Belastung _____ l/min	

Bemerkung: _____ Behandlungsbeginn: _____

D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause Ja Nein
(gemäss Zusatzvereinbarung LUNGE ZÜRICH-Versicherer)

Richtwert in Minuten	Erstes Jahr:	Folgejahr:
(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.	300 Minuten	150 Minuten
(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.		

E) Verordnender Ärztin/Arzt

Verordnender Ärztin/Arzt _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Telefon verordnender Ärztin/Arzt _____	
Datum der Verordnung _____	
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

Auswahl ob Erst- oder Wiederholungs-verordnung

A) und B) vollständig ausfüllen.

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

E) vollständig ausfüllen.