

VERORDNUNGSFORMULAR

kurzfristige O₂-Therapie

- Erstverordnung
 Wiederholungs-Verordnung



Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP und der Limitationen der MiGeL

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname: _____	Geschlecht: _____
Adresse: _____	Geburtsdatum: _____
PLZ / Ort: _____ Kt: _____	AHV-Nummer: _____
Telefon / Natel: _____	Invalidenversicherung: _____
Beruf: _____	KK-Mitglied-Nr.: _____
Krankenkasse: _____	Sektion: _____

B) Hauptdiagnose _____ bitte Code wählen:

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) Verordnung kurzfristige O₂-Therapie

- Druckgas: (max. 1 Monat, wenn länger, bitte unter D) begründen)
 Flüssiggas: (max. 3 Monate, wenn länger, bitte Formular Nr. 2 verwenden)
 Konzentrator: (max. 3 Monate, wenn länger, bitte Formular Nr. 2 verwenden)

Bitte Limitationen der
MiGeL beachten!
Siehe Rückseite

Dauer: _____ Std. / Tag	O ₂ -Dosis Ruhe: _____ L/Min.	O ₂ -Dosis Belastung: _____ L/Min.
Mobilität: _____ Std. / Tag (ausserhalb der Wohnung)	Mobil mit: _____	
Verabreichung: _____	Sparventil: _____	
	Bemerkung: _____	Behandlungsbeginn: _____

D) Begründung zu Druckgas-System,

falls die O₂-Therapie länger als 1 Monat durchgeführt werden muss

E) Anordnung für Beratung und Betreuung

- Beratung und Betreuung (Vorortkontrollen, Bericht an Arzt) ja (gültig für 1 Jahr) nein

F) Verordnender Arzt / Ärztin

Verordnender Arzt / Ärztin: _____ Stempel / Unterschrift
verordnendes Zentrum für Schlafmedizin: _____ inkl. Konkordats-Nr.: _____

Datum der Verordnung: _____

Hausarzt: _____

Verordnung senden an:

LUNGENLIGA THURGAU, Fax 071 626 98 99 (Tel. 071 626 98 98)
info@lungenliga-tg.ch www.lungenliga-tg.ch

Zusammenfassung der Limitationen der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL), Fassung vom 01.08.2007 betreffend die Verordnung von Sauerstoff-Druckgas, Sauerstoff-Konzentrator und mobile Sauerstoff-Druckgasversorgung. Im Zweifelsfalle ist die Originalfassung zu konsultieren.

Für die Sauerstoff-Druckgasflaschen gleich welcher Grösse gilt:

- Es werden maximal 5 Füllungen pro Monat vergütet.
- Bei Therapiedauer länger als 1 Monat ist auf ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.

Für den Sauerstoff-Konzentrator gilt:

- Bei Therapiedauer länger als 3 Monate ist auf ärztliche Begründung hin ein vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.

Für die mobile Sauerstoff-Druckgasversorgung gilt:

- Beinhaltet Flaschenmiete, -füllung, Druckminderer, Flaschenlieferungen, allfälliges Sparventil.
- Bei Therapiedauer länger als 3 Monate ist eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers notwendig. Diese kann erteilt werden bei isolierter anstrengungsabhängiger Hypoxie.