

VERORDNUNGSFORMULAR

kurzfristige O₂-Therapie

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

- Erstverordnung
 Wiederholungs-Verordnung



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:

01 Obstruktive Lungenkrankheiten chronische Bronchitis, Emphysem	40 Vaskulär bedingte Erkrankungen (pulmonale Hypertension)
02 Asthma	
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

<input type="checkbox"/> Druckgas: (max. 1 Monat, wenn länger, bitte unter D) begründen)	Bitte Limitationen der MiGeL beachten! Siehe Rückseite	
<input type="checkbox"/> Flüssiggas: (max. 3 Monate, wenn länger, bitte Formular Nr. 2 verwenden)		
<input type="checkbox"/> Konzentrator: (max. 3 Monate, wenn länger, bitte Formular Nr. 2 verwenden)		
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)	<input type="checkbox"/> ja (gültig für 1 Jahr)	<input type="checkbox"/> nein
---	---	-------------------------------

F) Verordnender Arzt / Ärztin

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

BITTE AUSGEFÜLLTE VERORDNUNG FAXEN UND ORIGINAL SENDEN AN:

Für Kanton LUZERN:
Lungenliga Luzern-Zug

Schachenstrasse 9
6030 Ebikon
Telefon 041 429 31 10
Fax 041 429 31 11

Für Kanton ZUG:
Lungenliga Luzern-Zug
Beratungsstelle Kanton Zug
Hochhaus Landhausstrasse 21/5105
6340 Baar
Telefon 041 429 31 10
Fax 041 710 85 20

Bitte jeweils
telefonische
Voranmeldung.

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 eine 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.