

VERORDNUNGSFORMULAR

kontinuierliche O₂-Langzeittherapie

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

- 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) Obligatorische Untersuchungen

ja

nein

Zeichen des chronischen Cor pulmonale

Lungenfunktion (in % Sollwert)	VK: _____ %	FEV1: _____ %		
Labor <input type="checkbox"/> in mm HG <input type="checkbox"/> in kPa	Hämoglobin: _____ g%	Hämatokrit: _____ %		
Arterielle Blutgase: (klinisch stabile Verhältnisse)	<u>Datum:</u>	<u>PaO₂:</u>	<u>PaCO₂:</u>	<u>SaO₂ %:</u>
(1) in Ruhe (ohne O ₂)	_____	_____	_____	_____
(2) in Ruhe (nach > 30 Minuten O ₂)	_____	_____	_____	_____
(3) unter standardisierter Belastung (ohne O ₂)	_____	_____	_____	_____
(4) unter standardisierter Belastung (mit O ₂) (3) und (4) obligatorisch für Flüssiggas-System	_____	_____	_____	_____

D) Verordnung Therapie-System

Flüssiggas-System

O₂-Konzentrator

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

E) Anordnung für Beratung und Betreuung

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

F) Verordnender Pneumologe

Verordnender Pneumologe: _____	Stempel / Unterschrift inkl. Konkordats-Nr.: _____
Datum der Spitalentlassung: _____	
Datum der Verordnung: _____	
Hausarzt: _____	
Pneumologe für Nachkontrollen: _____	

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

Limitationen für die Sauerstoff-Langzeittherapie mit Konzentrator (gemäss MiGeL):

Vorliegen eines andauernden Sauerstoffmangels bei einer chronischen Lungen- bzw. Atemwegserkrankung mit gesicherter Diagnose. Grundlagen für die Verschreibung bilden die Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie (in der Fassung vom 28.08.2006). Sie ist an folgende Voraussetzungen gebunden:

- Indikationsstellung und Verordnung durch einen Facharzt für Pneumologie.
- Vorliegen von mehrfachen Blutgasanalysen innerhalb der letzten 1-3 Monate vor Gesuchsstellung, vorgenommen in Ruhe unter klinisch stabilen Verhältnissen, mit einem konstanten arteriellen pO₂-Partialdruck unter 55 (7.3 kPa) mm Hg oder zwischen 55 (7.3 kPa) bis 60 (8 kPa) mmHg bei objektiven Zeichen des Corpulmonale und/oder einer schweren Polyglobulie.
- Die Ergebnisse einer spirometrischen Lungenfunktionsprüfung aus dem letzten Monat vor Antragstellung liegen vor.
- bei Kindern < 7 Jahren ist die Lungenfunktionsprüfung fakultativ und die Blutgasanalysen können durch nicht-invasive Messmethoden ersetzt werden (z.B transkutane Bestimmungen von O₂ und CO₂).
- Der maximale Bewilligungszeitraum beträgt 12 Monate.
- Für eine erneute Kostengutsprache sind Indikationen und Behandlungsvoraussetzungen wie bei der Ersten zu prüfen.
- Grund für eine Ablehnung der Bewilligung sind auch gewichtige Argumente, die für eine nicht zureichende Mitarbeit des Patienten sprechen. Bei einer Neubeantragung der Kostengutsprache nach einer solchen Ablehnung muss eine positive Stellungnahme des indikationsstellenden Arztes zur bisherigen Mitarbeit des Patienten vorliegen.

Zusätzlich für die Verordnung von Sauerstoff-Flüssiggas

- Mobilität mit regelmässigem täglichem Aufenthalt von mehreren Stunden ausserhalb der Wohnung der versicherten Person
- Kontinuierlicher Sauerstoff-Bedarf > 4 L / min
- Klinische Untersuchung, Sauerstoffmessungen (Blutgasanalysen oder transkutane Oxymetrie unter standardisierten Belastungen ohne und mit zusätzlicher Sauerstoffzufuhr aus dem letzten Monat vor Antragstellung und eine Beurteilung der Compliance (Therapietreue) liegen vor und belegen den hinreichenden Nutzen der zusätzlichen Sauerstoffzufuhr zur Erlangung der benötigten Mobilität
- Sind wegen Veränderungen der Situation die genannten Voraussetzungen der Mobilität nicht mehr gegeben, erlischt die Kostengutsprache für eine Flüssigsauerstoff-Therapie auch vor Ablauf des maximalen Bewilligungszeitraumes von 12 Monaten
- Die Therapie muss durch einen Vertrauensarzt der Versicherung bewilligt werden