

### A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____	Geschlecht _____
Adresse _____	Geburtsdatum _____
PLZ/Ort _____	Kt _____
Telefon/Natel _____	Sozialversicherungs-Nr. _____
Versicherer _____	Krankheit/IV _____
Versicherten-Nr. _____	

### B) Hauptdiagnose (bitte Code wählen)

<b>P00 Chronische Lungenerkrankung des Frühgeborenen</b> (Bsp. Broncho-pulmonale Dysplasie, chronische Lungenerkrankung)	<b>P50 Bronchiolitis obliterans</b>
<b>P10 Angeborene/erworbene neonatale Lungenerkrankungen</b> (Bsp. Zwerchfellhernie)	<b>P60 Erkrankungen des Thorax</b> (Bsp. Thoraxdystrophie, schwere Kyphoskoliose)
<b>P20 Pulmonale Hypertension</b> (Bsp. Trisomie 21)	<b>P70 Neuromuskuläre Erkrankungen</b>
<b>P30 Interstitielle Lungenerkrankung</b> (Bsp. chILD)	<b>P80 Diverses</b> (Bsp. nächtliche Hypoxien bei Sichelzellanämie, Arnold-Chiari-Malformation, syndromale & metabolische Erkrankungen, Tracheotomie)
<b>P40 Fortgeschrittene CF &amp; andere Bronchiektasenerkrankungen</b>	<b>90 Andere</b> _____

### C) Verordnung Sättigungs-/Pulsmonitoring

<b>Monitorgrenzen</b>	<b>Alarmfilter</b>
SpO <sub>2</sub> minimal: _____ % SpO <sub>2</sub> maximal: _____ %	<input type="checkbox"/> 0 = aus <input type="checkbox"/> 15 Sekunden
Puls minimal: _____ Puls maximal: _____	<input type="checkbox"/> 20 Sekunden <input type="checkbox"/> Andere: _____ Sekunden

### D) Verordnung Therapie-System O<sub>2</sub>-Konzentrator mit mobilem System ohne mobilem System Flüssiggas-System

**Initialeinstellungen**  
 Dosierung \_\_\_\_\_ L/Min.

**Bemerkung**  
 Wenn <SpO<sub>2</sub> minimal, dann um \_\_\_\_\_ L/Min. **erhöhen** bis Maximaldosierung von \_\_\_\_\_ L/Min.  
 Wenn >SpO<sub>2</sub> maximal, dann um \_\_\_\_\_ L/Min. **reduzieren**.

### E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause Ja Nein (gemäss Zusatzvereinbarung Lungeliga/Versicherer vom 01.01.2015)

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.	<b>Erstes Jahr:</b> 400 Minuten	<b>Folgejahr:</b> 200 Minuten
--	------------------------------------	----------------------------------

### F) Verordnender Pneumologe

<b>Verordnender Pneumologe</b> _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<b>Abteilung/Klinik</b> _____	
Datum der Entlassung _____	
Datum der Verordnung _____	
<b>Kinderarzt</b> _____	
<b>Pädiatrischer Pneumologe</b> _____	
<b>Verordnung senden an</b> _____	