

PÄDIATRISCHE VERORDNUNG

Monitoring (inkl. Sauerstofftherapie)
High-Flow-Therapie

Erstverordnung
WiederholungsV
(von Liga auszufüllen)
MiGel KLV 7

7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____
Adresse _____
PLZ/Ort _____
Telefon/Natel _____
Versicherer _____
Versicherten-Nr. _____

Geschlecht _____
Geburtsdatum _____
Kt _____
Sozialversicherungs-Nr. _____
Krankheit/IV _____

B) Hauptdiagnose

Bitte Code wählen

P00 Lungenerkrankung des Frühgeborenen
(Bsp. Bronchopulmonale Dysplasie)

P40 CF & andere Bronchiektasenerkrankungen

P10 Lungenhypoplasien (Bsp. Zwerchfellhernie, CPAM)

P50 Bronchiolitis obliterans

P20 Pulmonal-arterielle Hypertension (Bsp. Trisomie 21)

P60 Erkrankungen des Thorax (Bsp. schwere Kyphoskoliose)

P30 Interstitielle Lungenerkrankung (Bsp. chILD)

P70 Neuromuskuläre Erkrankungen

P90 Andere

C) Monitoring Sauerstoffsättigungs-/Pulsmonitor

EKG

Monitorgrenzen

SpO₂ minimal: _____ % SpO₂ maximal: _____ %
Puls minimal: _____ Puls maximal: _____

Alarmfilter

0 = aus 15 Sekunden
 20 Sekunden Andere _____ Sekunden

D) Sauerstofftherapie-System O₂-Konzentrator mit mobilem System ohne mobiles System Flüssiggas-System

Dosierung _____ L/Min.

Bemerkung

Wenn <SpO₂ minimal, dann um _____ L/Min. **erhöhen** bis Maximaldosierung von _____ L/Min.

Wenn >SpO₂ maximal, dann um _____ L/Min. **reduzieren**.

E) High-Flow-Therapie mit myAirvo2

Flow: _____ L/Min. _____

Bei zusätzlichem O₂ Zielwert SpO₂ _____

Juniormodus Temp: 34C Erwachsenenmodus Temp: 31 - 34 - 37C

Nasenbrille: Optiflow L XL

F) Tracheostoma Beatmungsbeutel komplett mit Maske Verbindungsstück zum Therapiesystem

G) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause Ja Nein

(gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/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.

Erstes Jahr:
400 Minuten

Folgejahr:
200 Minuten

H) Verordnender Pneumologe

Pädiatrischer Pneumologe _____
Abteilung/Klinik _____
Datum der Entlassung _____
Datum der Verordnung _____
Kinderarzt _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Verordnung per Mail senden an Lungenliga Bern
Chutzenstrasse 10, 3007 Bern info@lungenliga-be.ch, Tel: 031 300 26 26