

VERORDNUNGSFORMULAR

kurzfristige O₂-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
WiederholungsV
(von Liga auszufüllen)
MiGel KLV 7

4


LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

B) Hauptdiagnose

00 Obstruktive Lungenkrankheiten

01 chronische Bronchitis, Emphysem
02 Asthma

10 Restriktive Lungenkrankheiten

(Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)

20 Respiratorische Schlafstörungen

(OSA, CSA, gemischte Formen)

30 Neuromuskuläre Krankheiten

Bitte Code wählen

40 Vaskulär bedingte Erkrankungen

(pulmonale Hypertension)

50 Kardiale Krankheiten

(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)

60 Andere Lungenkrankheiten

(Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)

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 _____	Behandlungsbeginn _____
Verabreichung _____	Sparventil _____	
	Bemerkung _____	

D) Begründung zu Druckgas-System

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

E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

(gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 01.01.2015)

Ja Nein

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:
300 Minuten

Folgejahr:
150 Minuten

F) Verordnender Arzt/Ärztin

Verordnender Arzt/Ärztin _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Datum der Verordnung _____

Hausarzt _____

Verordnung senden an _____

**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 oder mobiler Konzentrator.
- Bei Therapiedauer länger als 3 Monate ist eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers notwendig.
Diese kann erteilt werden bei isolierter anstrengungsabhängiger Hypoxie.