

# VERORDNUNGSFORMULAR

## kurzfristige O<sub>2</sub>-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 O<sub>2</sub>-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 <sub>2</sub> -Dosis Ruhe _____ L/Min.	O <sub>2</sub> -Dosis Belastung _____ L/Min.
Mobilität _____ Std./Tag (ausserhalb der Wohnung)	Mobil mit _____	Behandlungsbeginn _____
Verabreichung _____	Sparventil _____	_____
	Bemerkung _____	

### D) Begründung zu Druckgas-System

falls die O<sub>2</sub>-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.