

Neuerungen zu den Verordnungen:

Welche Leistungen werden zusätzlich erbracht, wenn Beratung/Pflege angekreuzt wird?

Die Abklärung des Pflege-/Unterstützungsbedarfs sowie das Einleiten von allfälligen Massnahmen hinsichtlich:

- Umgang mit der Therapie sowie der Atembehinderung
- Compliancekontrollen und Arztbericht*
- Integration der Therapie in den Alltag
- Akzeptanz und Management der Krankheit (Ängste, Stress u.a.)
- Bewältigung der sozioökonomischen Situation

*Ausnahme → CPAP-Therapie: In dem Fall wird die Dienstleistung auch weiterhin via das Ankreuzen der Erfolgsüberwachung verordnet werden.

Die Lungenliga hat den Paradigmenwechsel dazu genutzt, das Selbstverständnis von Beratung und Pflege von Lungenpatienten konzeptionell neu zu regeln, das heisst:

- wir stellen den Patienten und seine Bedürfnisse sowie die Angehörigen konsequent ins Zentrum unserer Überlegungen und Massnahmen,
- wir integrieren unsere Beratungsleistungen so, dass die therapeutischen und zum Teil psychosozialen Aspekte abgedeckt werden können.

Unsere Dienstleistungen sollen Ihr Angebot so ergänzen, dass die Patienten und Angehörigen bei der Durchführung der Therapie und deren Integration in den Alltag optimal unterstützt und damit die Lebensqualität so weit wie möglich aufrecht erhalten werden kann.

Wir sind bei Interesse gerne bereit, Sie im Detail über die Neuerungen in Kenntnis zu setzen oder Fragen zu beantworten. Bei dieser Gelegenheit stellen wir Ihnen gerne auch unsere Dienstleistungen näher vor. Sie erreichen uns unter 081 354 91 00.

Anhang 1: Änderungen Verordnungsformular (am Beispiel Verordnung Nr. 2)

Anhang 2: Neues Verordnungsformular Nr. 6

PS: Bitte verwenden Sie die neuen Verordnungsformulare. Vielen Dank!

Anhang 1: Anpassung bestehende Verordnungsformulare 1 – 4

Drucken

VERORDNUNGSFORMULAR

kontinuierliche O₂-Langzeittherapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz, Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung

WiederholungsV

(von Liga auszufüllen)

MiGel KLV 7

2

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 Bitte Code wählen

<p>00 Obstruktive Lungenkrankheiten 01 chronische Bronchitis, Emphysem 02 Asthma</p> <p>10 Restriktive Lungenkrankheiten (Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)</p> <p>20 Respiratorische Schlafstörungen (OSA, CSA, gemischte Formen)</p> <p>30 Neuromuskuläre Krankheiten</p>	<p>40 Vaskulär bedingte Erkrankungen (pulmonale Hypertension)</p> <p>50 Kardiale Krankheiten (Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)</p> <p>60 Andere Lungenkrankheiten (Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)</p> <p>90 Andere _____</p>
---	---

C) Obligatorische Untersuchungen Ja Nein (Zeichen des chronischen Cor pulmonale)

Lungenfunktion (in % Sollwert)	VK _____ %	FEV1 _____ %
Labor <input type="checkbox"/> in mmHG <input type="checkbox"/> in kPa	Hämoglobin _____ %	Hämatokrit _____ %
Arterielle Blutgase: (klinisch stabile Verhältnisse)	Datum: _____	PaO ₂ : _____ PaCO ₂ : _____ SaO ₂ %: _____
(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 O ₂ ? _____
Verabreichung _____	Bemerkung _____	

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 Pneumologe

Verordnender Pneumologe _____ Datum der Entlassung _____ Datum der Verordnung _____ Hausarzt _____ Pneumologe für Nachkontrollen _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div> <p style="font-size: x-small; text-align: right;">Bilddatei auswählen</p>
--	--

Verordnung senden an _____ Lungenliga Graubünden, Gürtelstrasse 80, 7000 Chur
 GR _____ Tel: 081 354 91 00, Fax: 081 354 91 09, Mail: info@llgr.ch

**Anordnung
Beratungsleistungen
wie bisher**

**Neu geben Sie
Richtwert (Budget) frei**

Anhang 2: Neues Verordnungsformular Nr. 6


[Drucken](#)

ÄRZTLICHE VERORDNUNG
Pflege ambulant oder zu Hause

Gemäss Zusatzvereinbarung mit der tariffsuisse ag vom 01.01.2015

Erstabklärung
 Neuevaluation

6 LUNGENLIGA
 LIGUE PULMONAIRE
 LEGA POLMONARE



Zeitdauer von _____ bis _____
 Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um maximal 6 Monate.

Formular verwenden bei:

- Therapie ohne Gerät
- Erhöhten Pflegebedarf (i.d.R. auf Antrag Lungenliga)

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) Diagnose

C) Verordnung Krankenpflege (durch Pflegefachperson auszufüllen)

Leistungen nach KLV 7/Tarifziffer	Minuten/Jahr
lit a Ziff 1: Abklärung des Pflegebedarfs	_____
lit a Ziff 2: Beratung des Patienten	_____
lit a Ziff 3: Koordination der Leistungen (besondere Voraussetzungen gemäss KLV 7, Absatz 2bis beachten)	_____
lit b Ziff 1: Messung der Vitalzeichen	_____
lit b Ziff 4: Massnahmen zur Atemtherapie	_____
lit b Ziff 7: Vorbereitung und Verabreichung von Medikamenten	_____
lit b Ziff 9: Massnahmen zur Überwachung von Geräten	_____
lit b Ziff 10: Spülen, Reinigen und Versorgen von Wunden	_____

D) Begründung bei erhöhtem Pflegebedarf

E) Unterschrift Pflegefachperson

Zuständige Person	Datum/Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Name/ZSR-Nr weitere Beteiligte	
_____	Bilddatei auswählen

F) Verordnung/Unterschrift Arzt/Ärztin (durch Arzt auszufüllen)

Verordnender Arzt/Ärztin	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Datum der Verordnung _____	
Datum der Spitalentlassung _____	
evtl. Hausarzt _____	
Spezielle Anordnung _____	
	Bilddatei auswählen

Verordnung senden an _____ Lungenliga Graubünden, Gürtelstrasse 80, 7000 Chur
 GR _____ Tel: 081 354 91 00, Fax: 081 354 91 09, Mail: info@ligr.ch