

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)

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

C) Verordnung Sättigungs-/Pulsmonitoring

Monitorgrenzen	Alarmfilter
SpO ₂ minimal: _____ % SpO ₂ 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 O₂-Konzentrator mit mobilem System ohne mobilem System Flüssiggas-System

Initialeinstellungen
 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) 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
--	------------------------------------	----------------------------------

F) Verordnender Pneumologe

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