

Musterverordnung Nr. 4 Kurzfristige Sauerstofftherapie (bis 3 Monate)

MiGeL-Limitationen

Bis zu einer Therapiedauer von maximal drei Monaten kann eine kurzfristige Sauerstoff-Therapie von einem Arzt oder einer Ärztin verordnet werden.

Anmeldung und Therapiebeginn

Bitte senden Sie uns die Anmeldung mit Verordnung und Kurzbericht zwei bis vier Tage vor Therapiebeginn per E-Mail zu. Anschliessend setzen wir uns mit der Patientin oder dem Patienten in Verbindung.

- a** Bitte angeben, ob Erstverordnung oder Wiederholungsverordnung. MiGeL und KLV 7 wird durch die Lungenliga ausgefüllt.
- b** Bitte füllen Sie die Punkte A) und B) vollständig aus.
- c** **Druckgas (Flaschensysteme mit Ventil):** Bei Clusterkopfschmerzen oder bei Kindern (O₂-Dosierung unter 1l/min.) geeignet. **Flüssiggas:** Selten notwendig. Verordnete O₂-Dosierung über 9l/min. und über 20h/Tag. **Konzentrator:** Bevorzugte Therapieart. Dosierung von 1l-9l/min. möglich.
- d** Notieren Sie die Dauer und die O₂-Dosierung vollständig. Falls ein transportables Gerät notwendig ist, bitte unter «Mobilität» und «Mobil mit» die voraussichtliche Zeit sowie das mobile Sauerstoffssystem vermerken.
- e** Bei Clusterkopfschmerzen, in palliativen Situationen oder wenn eine pneumologische Abklärung nicht zugemutet werden kann, ist eine ärztliche Begründung zwingend. Dann ist die Verordnung voraussichtlich ein Jahr gültig.
- f** Kreuzen Sie bitte «Ja» an, damit die Lungenliga ihre Beratungsleistungen verrechnen kann.
- g** Bitte vollständig ausfüllen, inklusive Unterschrift, Stempel und der ZSR-Nummer. Die Verordnung wird sonst von der Krankenkasse nicht anerkannt.

VERORDNUNGSFORMULAR
kurzfristige O₂-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

a Erstverordnung
Wiederholungsverordnung
(von Liga auszufüllen)
MiGeL KLV 7

4

LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONAIRE

b **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 **B) Hauptdiagnose**

<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>Bitte Code wählen</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 **C) Verordnung kurzfristige O₂-Therapie**

<input type="checkbox"/> Druckgas (max. 1 Monat, wenn länger, bitte unter D) begründen)		Bitte Limitationen der MiGeL beachten! Siehe Rückseite
<input type="checkbox"/> Flüssiggas (max. 3 Monate, wenn länger, bitte Formular Nr. 2 verwenden)		
<input type="checkbox"/> Konzentrator (max. 3 Monate, wenn länger, bitte Formular Nr. 2 verwenden)		

Dauer _____ Std./Tag O₂-Dosis Ruhe _____ L/Min. O₂-Dosis Belastung _____ L/Min.
 Mobilität _____ Std./Tag Mobil mit _____
 (ausserhalb der Wohnung) Sparventil _____ Behandlungsbeginn _____
 Verabreichung _____ Bemerkung _____

e **D) Begründung zu Druckgas-System**

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

f **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: 300 Minuten	Folgejahr: 150 Minuten
--	-----------------------------	---------------------------

g **F) Verordnender Arzt/Ärztin**

Verordnender Arzt/Ärztin _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Datum der Verordnung _____	Bildstapel auswählen
Hausarzt _____	

Verordnung senden an **SG** Lungenliga St.Gallen–Appenzell, Kolumbanstrasse 2, 9008 St.Gallen. Tel. 071 228 47 47, info@lungenliga-sg.ch

Die Verordnungsformulare sind auch online verfügbar unter www.lungenliga-sg.ch. Oder einfach QR-Code absキャンen, downloaden und ausfüllen.

