

# Musterverordnung Nr. 2 Sauerstoff-Langzeittherapie

## Limitationen und fachliche Voraussetzungen

Diese sind verbindlich in der gültigen MiGeL geregelt. Für die Therapiefortsetzung nach 3 Monaten bedarf es der Indikationsstellung durch Fachärztinnen oder Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt pädiatrische Pneumologie (Weiterbildungsprogramm vom 1. Juli 2004, revidiert am 16. Juni 2016) oder Pneumologie oder Allgemeine Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin. Diagnose Clusterkopfschmerz: Fachärztinnen oder Fachärzte für Neurologie.

## Abgabe von Geräten und Sauerstoff

Erstabgabe und Erstinstruktion erfolgt durch die Lungenliga. Senden Sie uns die Verordnung per E-Mail zu, wir setzen uns mit den Patienten direkt in Verbindung. Eine Terminvereinbarung ist zwingend notwendig.

## Richtlinien Schweizerische Gesellschaft für Pneumologie (SGP)

Bitte beachten Sie beim Ausfüllen des Formulars die Richtlinien der SGP für die Sauerstoff-Langzeittherapie. Diese regeln die Indikationen, die Verschreibungspraxis sowie das weitere Vorgehen.

Mehr dazu auf [www.pneumo.ch/fachpersonen.html](http://www.pneumo.ch/fachpersonen.html)

**VERORDNUNGSFORMULAR**  
kontinuierliche O<sub>2</sub>-Langzeittherapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung   
WiederholungsVO   
(von Liga auszufüllen)  
MiGeL  KLV 7

2

**LUNGENLIGA**  
LIGUE PULMONAIRE  
LEGA POLMONARE

---

**A) Allgemeine Angaben** (bitte vollständig ausfüllen)

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

**B) Hauptdiagnose** **Bitte wählen:**

<p><b>00</b> Obstruktive Lungenkrankheiten <small>(z.B. chronische Bronchitis, Emphysem, COPD)</small></p> <p><b>10</b> Restriktive Lungenkrankheiten <small>(z.B. Fibrose, Pneumokoniose, Post Tbc)</small></p> <p><b>20</b> Respiratorische Schlafstörungen <small>(z.B. OSA, CSA)</small></p> <p><b>30</b> Neuromuskuläre Krankheiten</p> <p><b>90</b> Andere</p>	<p><b>40</b> Vaskulär bedingte Erkrankungen <small>(z.B. pulmonale Hypertension)</small></p> <p><b>50</b> Kardiale Krankheiten <small>(z.B. Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)</small></p> <p><b>60</b> Andere Lungenkrankheiten <small>(z.B. Krebs, CF, Bronchodysplasie)</small></p> <p><b>70</b> Cluster Kopfschmerzen</p>
--	---

**C) Messwerte (ausser für Cluster Kopfschmerzen und Schlafapnoesyndrom)**

Messungen unter klinisch stabile Verhältnisse	Datum :	SpO <sub>2</sub> %:	PaO <sub>2</sub> mmHg:	PaCO <sub>2</sub> mmHg:
1. In Ruhe ohne O <sub>2</sub>				
2. In Ruhe mit _____ L/Min O <sub>2</sub> <small>nur bei Hyperkapnie ausfüllen</small>				
3. Über Nacht ohne O <sub>2</sub>		SpO <sub>2</sub> Mittelwert :		
		Test Art :	SpO <sub>2</sub> Nadir :	Erbrachte Belastung :
4. Unter standardisierter Belastung (ohne O <sub>2</sub> )				
5. Unter standardisierter Belastung mit O <sub>2</sub> <small>(_____ L/Min O<sub>2</sub>)</small>				

**D) Verordnung Therapie-System** (füllen Sie bitte die Kostengutsprache auf Seite 2 aus)

Stationär  Konzentrator  Druckgas  Flüssigsauerstoff Mobil  Konzentrator  Druckgas  Flüssigsauerstoff

O <sub>2</sub> -Dosis Ruhe _____ L/Min	Dauer _____ Std./Tag	Mobilität _____ Std./Tag <small>(mit O<sub>2</sub> ausserhalb der Wohnung)</small>
O <sub>2</sub> -Dosis Nacht _____ L/Min		

O<sub>2</sub>-Dosis Belastung \_\_\_\_\_ L/Min

Bei Druckgas :  Sparventil  Druckminderer

Für stationäre Konzentrator:  
Abfüllsystem für Druckgas:  ja  nein

Begründung für Flüssigsauerstoff: \_\_\_\_\_  
Begründung für mobiles System: \_\_\_\_\_

**E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause**  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.

	<b>Erstes Jahr:</b> 300 Minuten	<b>Folgejahr:</b> 150 Minuten
--	------------------------------------	----------------------------------

**F) Verordnender Ärztin/Arzt**

<b>Verordnender Ärztin/Arzt</b> _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
<b>Facharzttitel</b> _____	
<b>Datum Behandlungsbeginn</b> _____	
<b>Datum der Verordnung</b> _____	
<b>Hausarzt/Hausärztin</b> _____	
<b>Pneumologe/Pneumologin</b> _____	
<b>Verordnung senden an</b> _____	

- a** Bitte Erst- oder Wiederholungsverordnung ankreuzen. Angabe MiGeL/ KLV7 übernimmt die Lungenliga.
- b** Bitte die Punkte a) und b) vollständig ausfüllen.
- c** Bitte Untersuchungswerte vollständig notieren.
- d** Bitte angeben, welches Therapiesystem verwendet werden soll sowie Dauer und Dosierung des Sauerstoffs.
- e** bei transportablen Geräten: bitte unter Mobilität die voraussichtliche Dauer pro Tag vermerken.
- f** Bitte Ja ankreuzen, damit die Lungenliga die Beratungsleistungen verrechnen kann.
- g** Bitte ausfüllen und mit ZSR-Nummer sowie Stempel/Unterschrift versehen. Unvollständig unterzeichnete Formulare werden von den Krankenkassen zurückgewiesen.

Die Verordnungsformulare sind auch online verfügbar unter [www.lungenliga.ch](http://www.lungenliga.ch).  
Oder einfach QR-Code abschnappen, downloaden und ausfüllen.

