

Musterverordnung Nr. 4

Kurzfristige Sauerstofftherapie (bis 3 Monate)

Limitationen und fachliche Voraussetzungen

Diese sind verbindlich in der gültigen MiGeL geregelt. Eine kurzfristige Sauerstofftherapie bis zu 3 Monaten kann von Aerztinnen/Aerzten ohne spezifischen Facharztstitel verordnet werden.

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.

VERORDNUNGSFORMULAR

kurzfristige O₂-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz, Gesellschaft für Pneumologie SGP

a Erstverordnung
WiederholungsVO
(von Liga auszufüllen)
MiGeL KLV 7

4



LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONARE

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

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

b **B) Hauptdiagnose** Bitte wählen

<p>00 Obstruktive Lungenkrankheiten <small>01 chronische Bronchitis, Emphysem, 02 Asthma</small></p> <p>10 Restriktive Lungenkrankheiten <small>(z.B. Fibrose, Pneumokoniose, Post Tbc)</small></p> <p>20 Respiratorische Schlafstörungen <small>(z.B. OSA, CSA, gemischte Formen)</small></p> <p>30 Neuromuskuläre Krankheiten</p> <p>90 Andere _____</p>	<p>40 Vaskulär bedingte Erkrankungen <small>(z.B. pulmonale Hypertension)</small></p> <p>50 Kardiale Krankheiten <small>(z.B. Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)</small></p> <p>60 Andere Lungenkrankheiten <small>(z.B. Krebs, CF, Bronchodysplasie)</small></p> <p>70 Cluster Kopfschmerzen</p>
---	---

c **C) Verordnung kurzfristige O₂-Therapie**

Stationär Konzentratör Druckgas Mobil Konzentratör Druckgas

(max. für 3 Monate, wenn die Therapie länger als 3 Monate geplant ist, verwenden Sie bitte das Verordnungsformular Nr. 2)

O ₂ -Dosis Ruhe _____ L/Min	Dauer _____ Std./Tag	Mobilität _____ Std./Tag <small>(mit O₂ ausserhalb der Wohnung)</small>
O ₂ -Dosis Nacht _____ L/Min	Bei Druckgas : <input type="checkbox"/> Sparventil <input type="checkbox"/> Druckminderer	Für stationäre Konzentratör: Abfüllsystem für Druckgas: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

e **D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause** Ja Nein

Richtwert in Minuten

(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.	Erstes Jahr: 300 Minuten	Folgejahr: 150 Minuten
(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.		

f **E) Verordnender Arzt/Ärztin**

Verordnender Arzt/Ärztin _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer
Datum Behandlungsbeginn _____	
Datum der Verordnung _____	
Hausarzt _____	
Verordnung senden an _____	

Bliddatet auswählen

- a** Bitte Erst- oder Wiederholungsverordnung ankreuzen. Angabe MiGeL/KLV7 übernimmt die Lungenliga.
- b** Bitte die Punkte a) und b) vollständig ausfüllen.
- c** Bitte Therapiesystem wählen.
Flüssigsauerstoff: ist für eine Kurzzeittherapie nicht angezeigt, dazu Verordnung 2 verwenden.
Konzentratoren: Bevorzugte Therapieart. Dosierung von 1 bis 9 l/min. möglich.
Druckgasflaschen mit Ventil: bei Clusterkopfschmerz oder Kindern geeignet. Dosierung < 1 l/min. möglich.
- d** Bitte Dauer und Dosierung angeben. Bei transportablen Geräten unter Mobilität die voraussichtliche Dauer pro Tag vermerken.
- e** Bitte Ja ankreuzen, damit die Lungenliga die Beratungsleistungen erbringen kann.
- f** 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.
Oder einfach QR-Code absキャンen, downloaden und ausfüllen.

