

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.

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.

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

VERORDNUNGSFORMULAR
kontinuierliche O₂-Langzeittherapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

a Erstverordnung
WiederholungsVO
(von Liga auszufüllen)
MiGeL KLV 7

2 LUNGENLIGA
LIGUE PULMONAIRE
LEGA POLMONAIRE

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

B) Hauptdiagnose Bitte wählen:

b 00 Obstruktive Lungenkrankheiten
01 chronische Bronchitis, Emphysem, COPD
10 Restriktive Lungenkrankheiten
(z.B. Fibrose, Pneumokoniose, Post Tbc)
20 Respiratorische Schlafstörungen
(z.B. OSA, CSA)
30 Neuromuskuläre Krankheiten
90 Andere

40 Vaskulär bedingte Erkrankungen
(z.B. pulmonale Hypertension)
50 Kardiale Krankheiten
(z.B. Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)
60 Andere Lungenkrankheiten
(z.B. Krebs, CF, Bronchodysplasie)
70 Cluster Kopfschmerzen

C) Messwerte (ausser für Cluster Kopfschmerzen und Schlafapnoesyndrom)

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

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

Stationär Konzentratort Druckgas Flüssigsauerstoff Mobil Konzentratort Druckgas Flüssigsauerstoff

d O₂-Dosis Ruhe _____ L/Min, Dauer _____ Std./Tag, Mobilität _____ Std./Tag
O₂-Dosis Nacht _____ L/Min, (mit O₂ ausserhalb der Wohnung)

e O₂-Dosis Belastung _____ L/Min, Bei Druckgas : Sparventil Druckminderer, Für stationäre Konzentratort:
Abfüllsystem für Druckgas: ja nein

Begründung für Flüssigsauerstoff: _____
Begründung für mobiles System: _____

f Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause Ja Nein

Richtwert in Minuten
(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung. **Erstes Jahr:** 300 Minuten
(2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate. **Folgejahr:** 150 Minuten
(3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.

F) Verordnender Ärztin/Arzt

g Verordnender Ärztin/Arzt

Facharzttitel _____ Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer _____
Datum Behandlungsbeginn _____
Datum der Verordnung _____
Hausarzt/Hausärztin _____
Pneumologe/Pneumologin _____

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

- a** Bitte angeben, ob Erstverordnung oder Wiederholungsverordnung. MiGeL und KLV 7 wird durch die Lungenliga ausgefüllt.
- 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-sg.ch. Oder einfach QR-Code absキャンen, downloaden und ausfüllen.

