

# 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](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 \_\_\_\_\_ Geschlecht \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 PLZ/Ort \_\_\_\_\_ Kanton \_\_\_\_\_  
 Telefon/Natel \_\_\_\_\_ Sozialversicherungs-Nr. \_\_\_\_\_  
 Beruf \_\_\_\_\_ Krankheit/Unfall/IV \_\_\_\_\_  
 Versicherer \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

**B) Hauptdiagnose** Bitte wählen:

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

**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  Konzentratort  Druckgas  Flüssigsauerstoff Mobil  Konzentratort  Druckgas  Flüssigsauerstoff

**d** O<sub>2</sub>-Dosis Ruhe \_\_\_\_\_ L/Min, Dauer \_\_\_\_\_ Std./Tag, Mobilität \_\_\_\_\_ Std./Tag  
 O<sub>2</sub>-Dosis Nacht \_\_\_\_\_ L/Min, (mit O<sub>2</sub> ausserhalb der Wohnung)

**e** O<sub>2</sub>-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 _____ Datum Behandlungsbeginn _____ Datum der Verordnung _____ Hausarzt/Hausärztin _____ Pneumologe/Pneumologin _____	Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer <div style="border: 1px solid black; height: 60px; width: 100%;"></div>
---	--

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](http://www.lungenliga-sg.ch). Oder einfach QR-Code absキャンen, downloaden und ausfüllen.

