

Sauerstoff-Therapie

Musterverordnung kurzfristige Sauerstoff-Therapie (bis 3 Monate)

MiGeL-Limitationen

Bis zu einer Therapiedauer von drei Monaten können Ärzte die kurzfristige Sauerstoff-Therapie verordnen.

Allgemeine Hinweise

Die Verordnung erfolgt idealerweise zwei bis vier Tage vor Therapiebeginn. Wichtig für Verordnung bei Druckgas: Bei einer Therapiedauer von mehr als einem Monat ist auf ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache der Krankenkasse erforderlich.

VERORDNUNGSFORMULAR
kurzfristige O₂-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung WiederholungsV
(von Liga auszufüllen)
MiGeL KLV 7

4 LUNGE ZÜRICH
Hilft. Informiert. Wirkt.

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

B) Hauptdiagnose **Bitte Code wählen**

00 Obstruktive Lungenkrankheiten
01 chronische Bronchitis, Emphysem
02 Asthma

10 Restriktive Lungenkrankheiten
(Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)

20 Respiratorische Schlafstörungen
(OSA, CSA, gemischte Formen)

30 Neuromuskuläre Krankheiten

40 Vaskulär bedingte Erkrankungen
(pulmonale Hypertension)

50 Kardiale Krankheiten
(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)

60 Andere Lungenkrankheiten
(Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)

90 Andere _____

C) Verordnung kurzfristige O₂-Therapie

Druckgas (max. 1 Monat, wenn länger, bitte unter D) begründen)
 Flüssiggas (max. 3 Monate, wenn länger, bitte Formular Nr. 2 verwenden)
 Konzentrator (max. 3 Monate, wenn länger, bitte Formular Nr. 2 verwenden)

Bitte Limitationen der MiGeL beachten! Siehe Rückseite

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 _____

D) Begründung zu Druckgas-System

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

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

F) Verordnender Arzt/Ärztin

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

Verordnung senden an
ZH Verein Lunge Zürich, Pfingstweidstrasse 10, 8005 Zürich
Tel: 0800 07 08 09, Fax: 044 268 20 20, Mail: beratung@lunge-zuerich.ch

Auswahl ob Erst- oder Wiederholungsverordnung

MiGeL und KLV7 wird durch LUNGE ZÜRICH ausgefüllt.

A) und B) vollständig ausfüllen.

Falls unter (C) Druckgas für mehr als einen Monat verordnet wird, bitte unter (D) begründen.

E) «Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause» (Ja oder Nein) ankreuzen.

- Im Standardfall sind die Richtwerte des Pflegebedarfs fix hinterlegt.
- Die ärztliche Verordnung für die Beratung wird für sechs Monate erstellt und verlängert sich anschliessend automatisch um weitere sechs Monate.