

Musterverordnung Sauerstoff-Langzeittherapie (ab 3 Monate)

MiGeL-Limitationen

Für die Therapiefortsetzung nach 3 Monaten bedarf es zudem der Indikationsstellung für die Sauerstofftherapie und deren Modalität durch Fachärztinnen oder Fachärzte der folgenden Fachrichtungen: Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt **pädiatrische Pneumologie oder Pneumologie** oder bei Personen in palliativen Situationen auch durch Fachärzte oder Fachärztinnen der Allgemeinen Inneren Medizin.

Ein mit geeigneten Methoden nachgewiesener Sauerstoffmangel (z.B. Sauerstoffsättigung, Blutgasanalyse) muss vorliegen. Für die Versorgung mit Flüssigsauerstoff muss vorgängig eine Kostengutsprache des Versicherers eingeholt werden inkl. Darlegung der geplanten Versorgung. LUNGE ZÜRICH unterstützt dabei gerne.

VERORDNUNGSFORMULAR kontinuierliche O₂-Langzeittherapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz, Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung ☐
Wiederholungs-VO ☒

MiGeL ☒

2 LUNGE ZÜRICH
Hilft. Informiert. Wirkt.

Auswahl ob Erst- oder Wiederholungsverordnung

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname «PatientName» «PatientVorname» Geschlecht «PatientGeschlecht»
Adresse «PatientAdresse» Geburtsdatum «PatientGeb»
PLZ/Ort «PatientPlz» «PatientOrt» Kanton «PatientKt»
Telefon/Mobil «PatientTel» / «PatientMobil» Sozialversicherungs-Nr. «SozVersNr»
Beruf «PatientBeruf» Krankheit/Unfall/IV «CaseId»
Versicherer «Versicherer» Versicherungs-Nr. «VersNr»
Kontaktperson Kontaktperson Telefon

A) und B) vollständig ausfüllen.

B) Diagnose Hauptdiagnose Code: «VOHa»

Nebendiagnose Code: «VOSek»

☐ palliative Situation

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

C) Messwerte (ausser für Cluster Kopfschmerzen und Schlafapnoesyndrom)

C) Werte müssen angegeben werden.

Messungen unter klinisch stabile Verhältnisse	Datum:	SpO ₂ %:	PaO ₂ kPa:	PaCO ₂ kPa
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) «TherapySystemDescription»

Dauer Ruhe _____ Std/Tag O₂-Dosis Ruhe _____ l/min Datum Behandlungsbeginn: _____
Dauer Mobilität _____ Std/Tag O₂-Dosis Nacht _____ l/min
(mit O₂ mobil ausserhalb der Wohnung) O₂-Dosis Belastung _____ l/min

D) Therapie-System und Dosierung unbedingt angeben. Dauer auch zwingend angeben und Behandlungsbeginn notieren.

Bemerkung:

Begründung für Flüssiggas-System _____

Begründung für mobiles System _____

E) Verordnung Beratung ambulant oder zu Hause

☐ Ja ☐ Nein

E) «Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause»: Ja, zur Adhärenzüberprüfung und Beratung im Zusammenhang mit Therapie und Krankheit durch LUNGE ZÜRICH

F) Verordnung/Unterschrift Arzt (durch Arzt auszufüllen)

Verordnender Arzt «VOArztName» «VOArztVorname» Stempel/Unterschrift
Datum der Verordnung «VODatum»
ZSR-Nummer: «VOZsr»

F) vollständig ausfüllen.

Hinweis: Das Verordnungsformular umfasst weitere Seiten. Diese sind ebenfalls vollständig auszufüllen.

Download: www.lunge-zuerich.ch/verordnungsformulare