

Musterverordnung kurzfristige Sauerstoff-Therapie (bis 3 Monate)

MiGeL-Limitationen

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

Allgemeine Hinweise

Die Verordnung erfolgt idealerweise zwei bis vier Tage vor Therapiebeginn. Für die Verordnung von Flüssigsauerstoff muss die Verordnung für die langfristige Sauerstoff-Therapie verwendet werden.

VERORDNUNGSFORMULAR
kurzfristige O₂-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung ☐ MiGeL ☒ KLV 7 ☐

4 LUNGE ZÜRICH
Hilft. Informiert. Wirkt.

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

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

B) Diagnose Hauptdiagnose Code: _____ Nebendiagnose Code: _____

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

Dauer Ruhe _____ Std/Tag	O ₂ -Dosis Ruhe _____ l/min	☐ O ₂ -nur nachts
Dauer Belastung _____ Std/Tag	O ₂ -Dosis Nacht _____ l/min	☐ O ₂ -nur nachts mit CPAP/ BiPAP
Dauer Mobilität _____ Std/Tag (mit O ₂ mobil ausserhalb der Wohnung)	O ₂ -Dosis Belastung _____ l/min	

Bemerkung: _____ Behandlungsbeginn: _____

D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause ☒ Ja ☐ Nein
 (gemäss Zusatzvereinbarung LUNGE ZÜRICH/Versicherer)

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

E) Verordnender Ärztin/Arzt

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

Verordnung senden an Verein Lunge Zürich, The Circle 62, 8058 Zürich-Flughafen
 Telefon: 044 268 20 00, Fax: 044 268 20 20, Mail: beratung@lunge-zuerich.ch

A) und B) vollständig ausfüllen.

C) Bitte Thearapiesystem wählen:

- Flüssigsauerstoff: Dieser Punkt muss von Pneumolog/-innen ausgefüllt werden. Flüssigsauerstoff ist für eine Kurzzeittherapie nicht angezeigt, dazu Verordnungsformular 2 verwenden.
- stationäre Konzentratoren: Bevorzugte Therapie. Dosierung 1 bis 9 l/min. möglich.
- mobile Konzentratoren funktionieren nur getriggert, und sind daher für die Nacht nicht geeignet.

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

E) Bitte vollständig ausfüllen inklusiv der ZSR-Nummer