

VERORDNUNGSFORMULAR

kurzfristige O₂-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung ☒

MiGel ☒

A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname «PatientName» «PatientVorname»

Adresse «PatientAdresse»

PLZ/Ort «PatientPlz» «PatientOrt»

Telefon «PatientTel» / «PatientMobil»

Beruf

Versicherer «Versicherer»

Kontaktperson _____

Geschlecht «PatientGeschlecht»

Geburtsdatum «PatientGeb»

Kanton «PatientKt»

Sozialversicherungs-Nr. «SozVersNr»

Krankheit/Unfall/IV ☐ Krankheit ☐ Unfall ☐ IV

Versicherten-Nr. «VersNr»

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

Konzentrator: ☐ 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

Dauer Belastung _____ Std/Tag

Dauer Mobilität _____ Std/Tag

(mit O₂ mobil ausserhalb der Wohnung)

O₂-Dosis Ruhe _____ l/min

O₂-Dosis Nacht _____ l/min

O₂-Dosis Belastung _____ l/min

☐ O₂-nur nachts

☐ O₂-nur nachts mit CPAP/ BiPAP

Bemerkung:

Behandlungsbeginn:

D) Verordnung Beratung ambulant oder zu Hause

☐ Ja

☐ Nein

E) Verordnende/r Ärztin/Arzt

Verordnende/r Ärztin/Arzt «VOarztName» «VOarztVorname»

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Telefon verordnende/r Ärztin/Arzt _____

Datum der Verordnung _____

Hausarzt/Hausärztin «PatientHausarzt»

Pneumologie (falls vorhanden) _____

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

**Zusammenfassung der Limitationen der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL), Fassung vom 01.04.2022
betreffend die Verordnung von Sauerstoff-Konzentrator und mobile Sauerstoff-Druckgasversorgung.
Im Zweifelsfalle ist die Originalfassung zu konsultieren.**

Für den Sauerstoff-Konzentrator, stationär und portabel, gilt:

- Bei Therapiedauer mit Mietgerät länger als 3 Monate ist auf ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.
- Bei Therapie mit Mietgerät mit hohem Sauerstofffluss ($>6\text{L/min}$) ist auf ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.
- Bei einer Therapie mit einem Konzentrator im Kaufmodell ist eine vorherige Kostengutsprache des Versicherers mit medizinischer Begründung erforderlich, einschliesslich eines Kostenvoranschlags, der die Häufigkeit der Erneuerung des Molekularsiebs und ggf. der Akkus enthält. Da für die Erstellung eines solchen Kostenvoranschlags die Kenntnis des Sauerstoffflusses und der Zeiten der ausserhäuslichen Mobilität erforderlich ist, sind diese Informationen unerlässlich.

Bei einer Behandlung, die länger als 3 Monate dauert, bitten wir Sie, das Verordnungsformular Nr. 2 zu verwenden, das einen Antrag auf Kostenübernahme durch die Krankenversicherung enthält.