

# VERORDNUNGSFORMULAR

## kurzfristige

## O<sub>2</sub>-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung   
WiederholungsV

(von Liga auszufüllen)  
MiGel  KLV 7



### A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname: «Patient\_Name\_Vorname»      Geschlecht: «Patient\_Geschlecht»  
Adresse: «Patient\_Strasse»      Geburtsdatum: «Patient\_Geburtsdatum»  
PLZ / Ort: «Patient\_PLZ» «Patient\_Ortschaft»      Kt: «Patient\_Kanton»  
Telefon / Natel: «Patient\_Tel\_P» / «Patient\_Natel»      Sozialversicherungs-Nr.: «Patient\_AHV»  
Beruf: «Patient\_Beruf»      Krankheit/Unfall/IV: [\*]  
Versicherer: «Patient\_Garant\_HT»      Versicherten-Nr.: «Patient\_VersicherteNummer»

### B) Hauptdiagnose «DiagnoseCodeBezeichnung»

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

### C) Verordnung kurzfristige O<sub>2</sub>-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	O <sub>2</sub> -Dosis Ruhe: _____ L/Min.	O <sub>2</sub> -Dosis Belastung: _____ L/Min.
Mobilität: _____ Std. / Tag (ausserhalb der Wohnung)	Mobil mit: _____	
Verabreichung: _____	Sparventil: _____	
	Bemerkung: _____	Behandlungsbeginn: _____

### D) Begründung zu Druckgas-System,

falls die O<sub>2</sub>-Therapie länger als 1 Monat durchgeführt werden muss

### E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause (gemäss Zusatzvereinbarung Lungenliga/Versicherer vom 1.1.2015)

ja       nein

Richtwert in Minuten	<u>Erstes Jahr:</u>	<u>Folgejahr:</u>
(1) Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung		
(2) Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate	300 Minuten	150 Minuten
(3) Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen		

### F) Verordnender Arzt / Ärztin

Verordnender Arzt / Ärztin: «Name\_verordn\_Arzt», «PLZ\_Ort\_verordn\_Arzt»      Stempel / Unterschrift inkl. ZSR-Nummer:  
«Fax\_verordn\_Arzt»  
Datum der Verordnung: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: «Hausarzt»

Verordnung senden an: «Mandant\_Zeile1» «Mandant\_Zeile2», «Mandant\_Zeile3», «Mandant\_Zeile4» (Fax Nr. «Mandant\_Telefax»)

**Zusammenfassung der Limitationen der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL), Fassung vom 01.08.2007 betreffend die Verordnung von Sauerstoff-Druckgas, Sauerstoff-Konzentrator und mobile Sauerstoff-Druckgasversorgung. Im Zweifelsfalle ist die Originalfassung zu konsultieren.**

Für die Sauerstoff-Druckgasflaschen gleich welcher Grösse gilt:

- Es werden maximal 5 Füllungen pro Monat vergütet.
- Bei Therapiedauer länger als 1 Monat ist auf ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.

Für den Sauerstoff-Konzentrator gilt:

- Bei Therapiedauer länger als 3 Monate ist auf ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.

Für die mobile Sauerstoff-Druckgasversorgung gilt:

- Beinhaltet Flaschenmiete, -füllung, Druckminderer, Flaschenlieferungen, allfälliges Sparventil.
- Bei Therapiedauer länger als 3 Monate ist eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers notwendig. Diese kann erteilt werden bei isolierter anstrengungsabhängiger Hypoxie.