

### Anleitung zum korrekten und vollständigen Ausfüllen des Verordnungsformulars 2 - Kontinuierliche Sauerstoff-Langzeittherapie

#### Grundlegendes

Die Verordnung einer kontinuierlichen Sauerstoff-Langzeittherapie muss durch einen Facharzt für Pneumologie erfolgen.

Für die kontinuierliche Sauerstoff-Langzeittherapie stehen folgende Versorgungsformen zur Verfügung:

- Flüssigsauerstoff
- Konzentrator

Die Durchführung der Therapie bedarf der vorgängigen Kostengutsprache durch die zuständige Krankenversicherung. Die Einholung der Kostengutsprache erfolgt durch den zugelassenen Leistungserbringer.

**Drucken**

**VERORDNUNGSFORMULAR**  
**kontinuierliche**  
**O<sub>2</sub>-Langzeittherapie**

Erstverordnung   
Wiederholungs-Verordnung   
(vom Leistungserbringer auszufüllen)  
 MiGeL  KLV7

Gemäss Richtlinien der Schweiz, Gesellschaft für Pneumologie SGP

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

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

**B) Hauptdiagnose** (bitte Code wählen):

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

**C) Obligatorische Untersuchungen**  ja  nein Zeichen des chronischen Cor pulmonale

Lungenfunktion (in % Sollwert) VK: ..... % FEV1: ..... %  
Labor  in mmHg  in kPa Hämoglobin: ..... g/dl Hämatokrit: ..... %  
Arterielle Blutgase: (klinisch stabile Verhältnisse)  
(1) in Ruhe (ohne O<sub>2</sub>) Datum: PaO<sub>2</sub>: PaCO<sub>2</sub>: SaO<sub>2</sub> %:  
(2) in Ruhe (nach > 30 Minuten O<sub>2</sub>)  
(3) unter standardisierter Belastung (ohne O<sub>2</sub>)  
(4) unter standardisierter Belastung (mit O<sub>2</sub>)  
(3) und (4) obligatorisch für Flüssiggas-System

**D) Verordnung Therapie-System**  Flüssiggas-System  O<sub>2</sub>-Konzentrator

Dauer: ..... Std./Tag O<sub>2</sub>-Dosis Ruhe: ..... l/min. O<sub>2</sub>-Dosis Belastung: ..... l/min.  
Mobilität: ..... Std./Tag Mobil mit: ..... Begründung Sparventil bei Flüssig:  
(ausserhalb der Wohnung) Sparventil: .....

Verabreichung: ..... Bemerkung: .....

**E) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause** (gemäss Zusatzvereinbarung Leistungserbringer/Versicherer vom 1.1.2015)  ja  nein

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 Pneumologe**

Verordnender Pneumologe: ..... Stempel / Unterschrift inkl. ZSR-Nummer.: .....  
Datum der Spitalentlassung: .....  
Datum der Verordnung: .....  
Hausarzt: .....  
Pneumologe für Nachkontrollen: .....

Verordnung senden an: .....

**Allgemeine Angaben**  
Personalien, Adressdaten  
Zwingend: Kranken- oder Invalidenversicherung.

**Diagnosecode eintragen.**

**Untersuchungsergebnisse**  
Zwingend: arterielle Blutgas-Analysewerte (ABGA).

**Therapiesystem\***  
→ Konsultieren Sie den *Entscheidungsbaum*:  
• Flüssiggas - **Free**  
• Konzentrator - **Home**  
• Konzentrator - **Mobil** (Mobilität siehe unten)

**Verordnungswerte**  
• Applikationsdauer [Stunden pro Tag]  
• Dosierung in Ruhe [Liter pro Minute]  
• Dosierung unter Last [Liter pro Minute]

**Mobilität**

	<b>Free</b>	<b>Mobil</b>	<b>Home</b>
„Mobilität“	≥ 2 Std.	leer	leer
„Mobil mit“	Portable (flüssig)	O <sub>2</sub> -Kleinflaschen	leer

Falls für die Mobilität ein Gerät mit „Sparventil“ verwendet werden soll, auswählen ob *elektronisch* oder *pneumatisch*. Sonst „nein“ auswählen.  
→ Konsultieren Sie die *Portableauswahl*.

**Verabreichung**  
O<sub>2</sub>-Brille oder transtrachealer Katheter (SCOOP):  
Beim Einsatz eines SCOOP kann die O<sub>2</sub>-Dosierung um bis zu 50% reduziert werden.  
Achtung: Ein SCOOP ist nicht kombinierbar mit einem pneumatischen Sparsystem.

**Verordnung Beratung und Betreuung**  
„Ja“ ankreuzen: Eine Sauerstoff-Therapie ist nur sinnvoll, wenn die Compliance sichergestellt ist.

Verordnung an den Leistungserbringer senden (in der Regel die kantonale Lungenliga).

\* Mobile Konzentratoren (**Travel**) auf Anfrage.

Verwenden Sie bitte die zugehörige Datei auf der beiliegenden CD als Ausdruck auf Papier oder als elektronisches Formular.

Die aktuelle Version finden Sie auf der Website der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie SGP unter der Rubrik „Informationen für Fachpersonen“.

DE-25.182d Leitfaden VF2  
Revision 2 – 22.08.2017