

Anleitung zum korrekten und vollständigen Ausfüllen
des Verordnungsformulars 4 - Kurzfristige Sauerstofftherapie

Grundlegendes

Die Verordnung einer kurzfristigen Sauerstoff-Therapie kann durch einen Arzt jeder Fachrichtung erfolgen, und alleine durch die Diagnose einer arteriellen Hypoxämie begründet werden: $\text{SaO}_2 < 90\%$ ($\text{PaO}_2 < 55 \text{ mmHg} / 7.3 \text{ kPa}$).

Für die Kurzfristige Sauerstoff-Therapie stehen sämtliche Versorgungsformen zur Verfügung.

System	Maximale Verordnungsdauer	Kostengutsprache erforderlich
Sauerstoff-Druckgas	1 Monat, längere Dauer unter Abschnitt D begründen	Therapiedauer > 1 Monat
Flüssigsauerstoff	3 Monate, wenn länger, bitte Formular Nr. 2 verwenden	Therapiedauer > 3 Monate
Konzentrator	3 Monate, wenn länger, bitte Formular Nr. 2 verwenden	Therapiedauer > 3 Monate

Drucken

VERORDNUNGSFORMULAR kurzfristige O₂-Therapie

Erstverordnung Wiederholungs-Verordnung
(vom Leistungserbringer auszufüllen)
 MiGeL KLV7

Gemäss Richtlinien der Schweiz, Gesellschaft für Pneumologie SGP und der Limitationen der MiGeL.

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

C) Verordnung kurzfristige O₂-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)

Dauer: Std./Tag O₂-Dosis Ruhe: l/min. O₂-Dosis Belastung: l/min.
 Mobilität: (ausserhalb der Wohnung) Std./Tag Mobil mit:
 Verabreichung: Sparventil: Bemerkung: Behandlungsbeginn:

D) Begründung zu Druckgas-System
falls die O₂-Therapie länger als 1 Monat durchgeführt werden muss

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 Arzt / Ärztin

Verordnender Arzt / Ärztin: Stempel / Unterschrift inkl. Konkordats-Nr.:
 Datum der Verordnung:
 Hausarzt:

Verordnung senden an:

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

Diagnosecode eintragen.

Therapiesystem*
→ Konsultieren Sie den *Entscheidungsbaum*:
 • Druckgas - *Faschen 2 l (tragbar), 10/15 l (stationär)*
 • 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

	Free	Mobil	Home
„Mobilität“	≥ 2 Std.	leer	leer
„Mobil mit“	Portable (flüssig)	O ₂ -Klein-flaschen	leer

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

Verabreichung
O₂-Brille oder transtrachealer Katheter (SCOOP):
Beim Einsatz eines SCOOP kann die O₂-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“.