

VERORDNUNGSFORMULAR

kontinuierliche O2-Langzeittherapie

- Erstverordnung**
 Wiederholungs-Verordnung

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

A) Allgemeine Angaben ▶ bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen

Name / Vorname _____	Geschlecht	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Beruf _____	Geburtsdatum	_____	
Adresse _____	Kostenübernahme	IV <input type="checkbox"/>	
PLZ / Ort _____		KK <input type="checkbox"/>	
Telefon / Handy _____	Krankenkasse	_____	

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: _____ %	FEV: _____ %
Labor <input type="checkbox"/> in mm HG <input type="checkbox"/> in kPa	Hämoglobin: _____ g%	Hämatokrit: _____ %

Arterielle Blutgase (klinisch stabile Verhältnisse):	Datum:	PaO2:	PaCO2:	SaO2%:
1 in Ruhe (ohne O2)	_____	_____	_____	_____
2 in Ruhe (nach > 30 Minuten O2)	_____	_____	_____	_____
3 unter standardisierter Belastung (ohne O2)	_____	_____	_____	_____
4 unter standardisierter Belastung (mit O2) (Pos. 3 + 4 obligatorisch für Flüssiggas-System)	_____	_____	_____	_____

D) Verordnung ▶ bitte zutreffende Gerätekategorie ankreuzen

Dauer: _____ Std./Tag in Ruhe _____ Liter/Min.
 Mobilität: _____ Std./Tag unter Belastung _____ Liter/Min.

14.10.20.00.2 Sauerstoff-Konzentrator
 14.10.11.00.2 Mobile Sauerstoff-Druckgasversorgung
 14.10.30.00.2L Sauerstoff-Flüssiggas-System (LOX)
 14.10.11.00.2 Notfall-Sauerstoffversorgung (1 O2-Flasche 2 lt mit Druckreduzierventil + Tragetasche)

Therapiebeginn: _____

E) Lieferung ▶ *Wichtig: Bestellung muss mindestens 24h vor Lieferung erfolgen!!*

Lieferung mit Instruktion Datum _____ Zeit _____

Spital / Klinik _____ Abteilung _____ **Privatadresse**

Kontaktperson _____ Telefon _____

F) Zuständige Ärzte / Ärztinnen

Verordnender Pneumologe _____ Stempel / Unterschrift _____

E-Mail _____

Pneumologe f. Nachkontr. _____

Verordnung senden an:

Fax 031 722 40 49