

VERORDNUNGSFORMULAR

kurzfristige O₂-Therapie

- Erstverordnung
 Wiederholungs-Verordnung

SK

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: _____ Kt: _____	AHV-Nummer: _____
Telefon / Natel: _____	Invalidenversicherung: _____
Beruf: _____	KK-Mitglied-Nr.: _____
Krankenkasse: _____	Sektion: _____

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) Verordnung kurzfristige O₂-Therapie

<input type="checkbox"/> Druckgas: (max. 1 Monat, wenn länger, bitte unter D) begründen)	Bitte Limitationen der MiGeL beachten! Siehe Rückseite	
<input type="checkbox"/> Flüssiggas: (max. 3 Monate, wenn länger, bitte Formular Nr. 2 verwenden)		
<input type="checkbox"/> Konzentrator: (max. 3 Monate, wenn länger, bitte Formular Nr. 2 verwenden)		
Dauer: _____ Std. / Tag	O ₂ -Dosis Ruhe: _____ L/Min.	O ₂ -Dosis Belastung: _____ L/Min.
Mobilität: _____ Std. / Tag (ausserhalb der Wohnung)	Mobil mit: _____	
Verabreichung: _____	Sparventil: _____	
	Bemerkung: _____	Behandlungsbeginn: _____

D) Begründung zu Druckgas-System.

falls die O₂-Therapie länger als 1 Monat durchgeführt werden muss

E) Verordnender Arzt / Ärztin

Verordnender Arzt / Ärztin: verordnendes Zentrum für Schlafmedizin: _____	Stempel / Unterschrift inkl. Konkordats-Nr.: _____
Datum der Verordnung: _____	
Hausarzt: _____	

Verordnung senden an:
E-Mail: office@hcmcd.ch, hcmcd@hin.ch oder **Fax 031 722 40 49**
 HomeCare-Medical GmbH, Strassacherweg 15, 3110 Münsingen, Telefon 031 722 40 40

VERORDNUNGSFORMULAR
kurzfristige O₂-Therapie

- Erstverordnung**
 Wiederholungs-Verordnung

SK

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

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 ein 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.

Verordnung senden an:

E-Mail: office@hcmcd.ch, hcmcd@hin.ch oder **Fax 031 722 40 49**

HomeCare-Medical GmbH, Strassacherweg 15, 3110 Münsingen, Telefon 031 722 40 40