

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 Patient _____	Geschlecht	M	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
Name / Vorname Mutter _____	Geburtsdatum	_____			
Name / Vorname Vater _____	Kostenübernahme	IV	<input type="checkbox"/>	KK	<input type="checkbox"/>
Adresse _____	Krankenkasse	_____			
PLZ / Ort _____	Tracheostoma	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	<input type="checkbox"/>
Telefon / Handy _____					
E-Mail _____					

B) Hauptdiagnose

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

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

Lungenfunktion (in % Sollwert) VK: _____ % FEV: _____ %
Labor in mm HG 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 Sauerstoffversorgung
 14.10.25.00.2 Abfüllsystem für Druckgasflaschen
 14.10.30.00.2L Sauerstoff-Flüssiggas-System (LOX)

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

Austrittsdatum: _____

F) Verordnender Pneumologe

Datum der Verordnung _____ Stempel / Unterschrift _____
 Verordnender Pneumologe _____
 E-Mail _____