

# Verordnung für kurzfristige O<sub>2</sub>-Therapie

Für eine kontinuierliche Sauerstoff-Langzeittherapie ist das Formular Nr. 2 zu verwenden

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

(Mittel- und Gegenstände-Liste)

## A) ALLGEMEINE ANGABEN (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname: .....

Geschlecht: M F

Adresse: .....

Geburtsdatum: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|

PLZ / Ort: ..... Kanton: |\_|\_|

ID-Nummer: |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

Telefon: .....

Invalidenversicherung: ja nein

Beruf: .....

KK-Mitglied-Nr: .....

Krankenkasse: .....

Sektion: .....

## B) HAUPTDIAGNOSE Code: |\_|\_|\_| (bitte Code aus untenstehender Liste verwenden)

### 0 Obstruktive Lungenkrankheiten

01 chronische Bronchitis, Emphysem

02 Asthma

### 10 Restriktive Lungenkrankheiten

(Lungenfibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc, postoperativ etc.)

### 20 Respiratorische Schlafstörungen

### 30 Neuromuskuläre Erkrankungen

### 40 Vaskulär bedingte Erkrankungen (pulmonale Hypertension)

### 50 Kardiale Krankheiten

(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)

### 60 Andere Krankheiten

(Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)

### 90 Andere: .....

## C) VERORDNUNG KURZFRISTIGE O<sub>2</sub>-THERAPIE

Druckgas (max. 1 Monat, wenn länger, bitte unter D) begründen)

Flüssiggas-System (max. 3 Monate, wenn länger, bitte Formular Nr. 2 verwenden \*)

Konzentrator (max. 3 Monate, wenn länger, bitte Formular Nr. 2 verwenden \*)

\*) Limitationen s. Rückseite

Dauer: ..... Std./Tag

O<sub>2</sub>-Dosis: ..... L/Min.

Verabreichung:

O<sub>2</sub>-Brille

anderes: .....

Behandlungsbeginn: .....

## D) BEGRÜNDUNG ZU DRUCKGASSYSTEM, falls die O<sub>2</sub>-Therapie länger als 1 Monat durchgeführt werden muss:

## E) Anordnung für Beratung und Betreuung:

ja (gültig für 1 Jahr)

nein

(gemäss Vertrag LLS/Santésuisse vom 1. Januar 2000)

In 10 Monaten wird automatisch durch die Lungenliga eine Aufforderung zur Verlängerung der Anordnung versandt.

## F) ZUSTÄNDIGE ÄRZTE/ÄRZTINNEN

1 Verordnender Arzt: .....

Unterschrift .....

Datum der Verordnung: .....

+ Stempel

inkl. Konkordats-Nr.:

2 Hausarzt: .....

Erstverordnung

Wiederholungsverordnung

AUSGEFÜLLTE VERORDNUNG

BITTE ZURÜCKSCHICKEN AN:

(Stempel der Lungenliga)

**Zusammenfassung der Limitationen der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL), Fassung vom 01.01.2003 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.