

VERORDNUNGSFORMULAR

kurzfristige O₂-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
Wiederholungs-VO
MiGeL KLV 7



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____
Adresse _____
PLZ/Ort _____
Telefon _____
Beruf _____
Versicherer _____
Kontaktperson _____

Geschlecht _____
Geburtsdatum _____
Kanton _____
Sozialversicherungs-Nr. _____
Krankheit/Unfall/IV _____
Versicherten-Nr. _____
Kontaktperson Telefon _____

B) Diagnose Hauptdiagnose Code:

Nebendiagnose Code:

- 00 Obstruktive Lungenkrankheiten**
01 chronische Bronchitis, Emphysem
02 Asthma
- 10 Restriktive Lungenkrankheiten**
(Fibrose, Pneumokoniose, Silikose, Post Tbc)
- 20 Respiratorische Schlafstörungen**
(OSA, CSA, gemischte Formen)
- 30 Neuromuskuläre Krankheiten**

- 40 Vaskulär bedingte Erkrankungen**
(pulmonale Hypertension)
- 50 Kardiale Krankheiten**
(Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz)
- 60 Andere Lungenkrankheiten**
(Krebs, CF, alveoläre Hypoventilation, Bronchodysplasie)
- 90 Andere** _____

C) Verordnung kurzfristige O₂-Therapie

Konzentrator: stationär mobil

(max. für 3 Monate, wenn die Therapie länger als 3 Monate geplant ist, verwenden Sie bitte das Verordnungsformular Nr. 2)

Dauer Ruhe _____ Std/Tag	O ₂ -Dosis Ruhe _____ l/min	<input type="checkbox"/> O ₂ -nur nachts
Dauer Belastung _____ Std/Tag	O ₂ -Dosis Nacht _____ l/min	<input type="checkbox"/> O ₂ -nur nachts mit CPAP/ BiPAP
Dauer Mobilität _____ Std/Tag (mit O ₂ mobil ausserhalb der Wohnung)	O ₂ -Dosis Belastung _____ l/min	
Bemerkung:		Behandlungsbeginn:

D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause Ja Nein

(gemäss Zusatzvereinbarung LUNGE ZÜRICH/Versicherer)

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

E) Verordnender Ärztin/Arzt

Verordnender Ärztin/Arzt _____
Telefon verordnender Ärztin/Arzt _____
Datum der Verordnung _____
Hausarzt _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Verordnung senden an

Verein Lunge Zürich, The Circle 62, 8058 Zürich-Flughafen
Telefon: 044 268 20 00, Fax: 044 268 20 20, Mail: beratung@lunge-zuerich.ch

**Zusammenfassung der Limitationen der Mittel- und Gegenstände-Liste (MiGeL), Fassung vom 01.04.2022
betreffend die Verordnung von Sauerstoff-Konzentrator und mobile Sauerstoff-Druckgasversorgung.
Im Zweifelsfalle ist die Originalfassung zu konsultieren.**

Für den Sauerstoff-Konzentrator, stationär und portabel, gilt:

- Bei Therapiedauer mit Mietgeräte länger als 3 Monate ist auf ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.
- Bei Therapie mit Mietgerät mit hohem Sauerstofffluss (>6L/min) ist auf ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.
- Bei einer Therapie mit einem Konzentrator im Kaufmodell ist eine vorherige Kostengutsprache des Versicherers mit medizinischer Begründung erforderlich, einschliesslich eines Kostenvoranschlags, der die Häufigkeit der Erneuerung des Molekularsiebs und ggf. der Akkus enthält. Da für die Erstellung eines solchen Kostenvoranschlags die Kenntnis des Sauerstoffflusses und der Zeiten der ausserhäuslichen Mobilität erforderlich ist, sind diese Informationen unerlässlich.

Bei einer Behandlung, die länger als 3 Monate dauert, bitten wir Sie, das Verordnungsformular Nr. 2 zu verwenden, das einen Antrag auf Kostenübernahme durch die Krankenversicherung enthält.