

VERORDNUNGSFORMULAR

kurzfristige O₂-Therapie/Pflege

Gemäss Richtlinien der Schweiz. Gesellschaft für Pneumologie SGP

Erstverordnung
WiederholungsVO
(von Liga auszufüllen)
MiGeL KLV 7

4



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name/Vorname _____	Geschlecht _____
Adresse _____	Geburtsdatum _____
PLZ/Ort _____	E-Mail _____
Telefon/Natel _____	Sozialversicherungs-Nr. _____
Beruf _____	Krankheit/Unfall/IV _____
Versicherer _____	Versicherten-Nr. _____

B) Hauptdiagnose

Bitte wählen

- | | |
|--|--|
| 00 Obstruktive Lungenkrankheiten
01 chronische Bronchitis, Emphysem, 02 Asthma | 40 Vaskulär bedingte Erkrankungen
(z.B. pulmonale Hypertension) |
| 10 Restriktive Lungenkrankheiten
(z.B. Fibrose, Pneumokoniose, Post Tbc) | 50 Kardiale Krankheiten
(z.B. Cor pulmonale, kardiale Missbildung, Herzinsuffizienz) |
| 20 Respiratorische Schlafstörungen
(z.B. OSA, CSA, gemischte Formen) | 60 Andere Lungenkrankheiten
(z.B. Krebs, CF, Bronchodysplasie) |
| 30 Neuromuskuläre Krankheiten | 70 Cluster Kopfschmerzen |
| 90 Andere _____ | |

C) Verordnung kurzfristige O₂-Therapie

Stationär Konzentratoren Druckgas

Mobil Konzentratoren Druckgas

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

O ₂ -Dosis Ruhe _____ L/Min.	Dauer _____ Std./Tag	Mobilität _____ Std./Tag (mit O ₂ ausserhalb der Wohnung)
O ₂ -Dosis Nacht _____ L/Min.		Für stationäre Konzentratoren: Abfüllsystem für Druckgas: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
O ₂ -Dosis Belastung _____ L/Min.	Bei Druckgas: <input type="checkbox"/> Sparventil <input type="checkbox"/> Druckminderer	

D) Verordnung Beratung/Pflege ambulant oder zu Hause

Ja Nein

Richtwert in Minuten

- Abrechnung nach effektivem Bedarf/Leistung.
- Die ärztliche Verordnung wird für 6 Monate erteilt und verlängert sich automatisch um weitere 6 Monate.
- Bei erhöhtem Pflegebedarf ist Verordnungsformular 6 auszufüllen.

Erstes Jahr:
300 Minuten

Folgejahr:
150 Minuten

E) Verordnender Arzt/Ärztin

Verordnender Arzt/Ärztin _____
Datum Behandlungsbeginn _____
Datum der Verordnung _____
Hausarzt _____

Stempel/Unterschrift inkl. ZSR-Nummer

Verordnung senden an _____

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

Für die Sauerstoff-Druckgasflaschen (alle Grössen) gilt:

- Es werden maximal 5 Füllungen pro Monat vergütet.
- Bei Therapiedauer länger als 6 Monate ist auf ärztliche Begründung hin eine vorgängige Kostengutsprache des Versicherers erforderlich.
- Die Hauslieferung wird ab einer Flaschengrösse von 10 Liter vergütet.

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 eine 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.