



**A) ALLGEMEINE ANGABEN (bitte vollständig ausfüllen)**

Name / Vorname:	_____	Geschlecht:	_____
Adresse:	_____	Geburtsdatum:	_____
PLZ / Ort:	_____	AVS-Nummer:	_____
Telefon:	_____	Invalidenversicherung:	_____
Beruf:	_____	KK-Mitglied-Nr:	_____
Krankenkasse:	_____	Sektion:	_____

**B) HAUPTDIAGNOSE Code: (.....) (bitte Code aus untenstehender Liste verwenden)**

- |                                      |  |                                   |                                  |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------|----------------------------------|
| <b>Obstruktive Lungenkrankheiten</b> | <b>Respiratorische Schlafstörungen</b> | <b>Kardiale Krankheiten</b>       | <b>Andere Krankheiten</b>        |
| 01 Chronische Bronchitis             | 20 Zentrales Schlafapnoe-Syndrom       | 50 Cor pulmonale                  | 60 Mukoviszidose                 |
| 02 Emphysem                          | 21 Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom    | 51 Links/globale Herzinsuffizienz | 61 Alveoläre Hypoventilation     |
| 03 Asthma                            | 22 Gemischtes Schlafapnoe-Syndrom      | 52 Kardiale Missbildung           | 62 Bronchodysplasie              |
|                                      | 23 Upper Airways resistance Syndrome   |                                   | 63 Lungen-/Bronchus-Krebs        |
|                                      |  |                                   | 64 anderer Krebs/maligne Krankh. |
|                                      |  |                                   | 99 anderes: .....                |
| <b>Restriktive Lungenkrankheiten</b> | <b>Neuro-muskuläre Krankheiten</b>     |                                   |                                  |
| 10 Post Tbc                          | 30 Myopathie                           |                                   |                                  |
| 11 Postoperativ/Trauma               | 31 Neuropathie                         |                                   |                                  |
| 12 Fibrose                           |  |                                   |                                  |
| 13 Pneumokoniose                     |  |                                   |                                  |
| 14 Kyphoskoliose                     |  |                                   |                                  |

**C) VERORDNUNG HEIMVENTILATION**

**Abgegebenes Beatmungsgerät (Marke/Modell):** ..... **Beatmungsdauer:** ..... Std./Tg.  
Volumengesteuertes Gerät: Atemzugvolumen: ..... ml Frequenz: ..... /min  
Druckgesteuertes Gerät: Inspiratorischer Druck: ..... cmH2O Frequenz: ..... /min

Bilevel-Gerät:  S  S/T  T  
Inspiratorischer Druck: ..... cmH2O Expiratorischer Druck: ..... cmH2O Frequenz: ..... /min

**Zubehör:**  
Maske Marke: ..... Größe: .....  
Kopfhalterung Marke: ..... Größe: .....  
Befeuchtung  ja  nein

Behandlungsbeginn: .....

**D) WICHTIGE UNTERSUCHUNGSRISULTATE**

**Lungenfunktion:** Datum : ..... VK : ..... % Soll FEV1: ..... % Soll  
**Labor:** Hämoglobin : ..... g% Hämatokrit : ..... %  
**art. Blutgase:** in:  mm Hg  kPa Datum PaO2 PaCO2 pH  
(unter klinisch stabilen Verhältnissen)  
in Ruhe / vor Behandlung .....  
nach  $\geq$  30 Min. / optimale Beatmung .....

**Resultate der SAS-Diagnostik (bei Patienten mit Schlafapnoe-Therapie):**  
Apnoe / Hypopnoe-Index: ..... ohne PAP ..... mit PAP  
Anzahl Desaturationen / Stunde ( $\geq$  4% SaO2): ..... ohne PAP ..... mit PAP

**E) ANORDNUNG FÜR BERATUNG UND BETREUUNG**

ja (gültig für 1 Jahr)  nein

In 10 Monaten wird automatisch durch SOS OXYGENE (Suisse) SA eine Aufforderung zur Verlängerung der Anordnung versandt.

**F) ZUSTÄNDIGE ÄRZTE/ÄRZTINNEN**

Unterschrift + Stempel inkl. Konkordats-Nr

**1 Verordnender Arzt / verordnendes Zentrum :** .....  
Datum der Spitalentlassung: .....  
Datum der Verordnung: .....

**2 Hausarzt:** .....

**3 Verantwortlicher Pneumologe für Nachkontrollen (Oxymetrie / Polygraphie):** .....

**Verordnung senden an:**

SOS OXYGENE (Suisse) SA  
Agentur Bern – Galgenfeldweg 13<sup>E</sup> – 3006 BERN  
Tél : 031 376 00 00 Fax : 031 376 00 02 E-Mail : [bern@sosoxygene.ch](mailto:bern@sosoxygene.ch) [www.sosoxygene.ch](http://www.sosoxygene.ch)

