

VERORDNUNGSFORMULAR

kontinuierliche O2-Langzeittherapie

Gemäß Richtlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Pneumologie SGP

- Erstverordnung
 Wiederholungs - Verordnung



A) Allgemeine Angaben (bitte vollständig ausfüllen)

Name / Vorname _____ Geschlecht: _____
 Adresse: _____ Geburtsdatum: _____
 PLZ / Ort: _____ AHV-Nummer: _____
 Telefon : _____ Invalidenversicherung: _____
 Beruf: _____ KK- Mitgliedsnummer: _____
 Krankenkasse: _____ Sektion: _____

B) Hauptdiagnose BITTE CODE WÄHLEN : _____

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

C) Untersuchungen ZEICHEN DES CHRONISCHEN COR PULMONALE JA NEIN

Lungenfunktion (in % Sollwert) : VK : _____ % FEV1 _____ %
 Labor : in mm HG in kPa Hämoglobin : _____ g% Hämatokrit : _____ %
 Arterielle Blutgase : Datum PaO2 PaCO2 SaO2 %
 (klinisch stabile Verhältnisse)
 (1) in Ruhe (ohne O2) _____
 (2) in Ruhe (nach > 30 Minuten O2) _____
 (3) unter standardisierter Belastung (ohne O2) _____
 (4) unter standardisierter Belastung (mit O2) _____

(3) und (4) obligatorisch für Flüssiggas-System

D) Verordnung Therapie-System FLÜSSIGGAS-SYSTEM O2-KONZENTRATOR

Dauer: _____ Std. / Tag	O ₂ -Dosis Ruhe: _____ L/Min.	O ₂ -Dosis Belastung: _____ L/Min.
Mobilität: _____ Std. / Tag (außerhalb der Wohnung)	Mobil mit: _____ Sparventil: _____	Begründung Sparventil bei Flüssiggas: _____
Verabreichung: _____	Bemerkung: _____	

E) Anordnung für Beratung und Betreuung:

Beratung und Betreuung Ja (gültig für 1 Jahr) Nein
 (Vorortkontrollen, Bericht an Arzt)

Nach 10 Monaten, SOS OXYGENE SA sendet Ihnen das Verordnungsformular für die Erneuerung.

F) Verordnender Pneumologe

Verordnender Lungenfacharzt: _____ Stempel / Unterschrift: _____
 Datum der Entlassung: _____ (inkl. Konkordatsnummer): _____
 Datum der Verordnung: _____
 Hausarzt: _____
 Lungenfacharzt für Nachkontrollen : _____

Verordnung senden an:



SOS OXYGENE (Suisse) SA
 Agentur Bern – Galgenfeldweg 13E
 CH-3006 BERN
 Tel. : 031 376 00 00 - Fax : 031 376 00 02 – bern@sosoxygene.ch